



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet
Institutt for helse- og omsorgsfag

Hjelperens sårbarhet - Sykepleieres egne fortellinger om opplevelser med utfordrende atferd hos pasienter som har demenssykdom i skjermede sykehjemsavdelinger

May Britt Bruun

Masteroppgave i helsefag – aldring og eldreomsorg, HEL-3904, mai 2020

Forord

Høsten 2017 startet jeg på masterstudiet i helsefag, studieretning aldring og eldreomsorg, ved UIT Norges arktiske universitet. For meg har det vært en fryd å ha hjembyen Harstad som nyetablert studiested for denne masterutdanningen, det har bidratt til å gjøre det ekstra positivt å kunne fordype seg i geriatri og demens som er mine store interessefelt i sykepleiefaget.

Denne våren ble masteroppgaven ferdigstilt til tross for pågående Sars-Cov-2 (coronavirus) som påvirker hele verdenssamfunnet og har satt mange begrensninger for forskningsarbeid, eksempelvis mindre tilgang til å finne primærlitteratur i fysisk forstand. Derav noe sekundærlitteratur i oppgaven. Til tross for dette, «*Æ, sto`an av*».

Jeg vil benytte anledningen til å takke de som har gjort dette forskningsprosjektet mulig, og begynner først og fremst med å takke de seks sykepleierne som stilte opp som deltakere i min studie. Dere er helter og fortjener deres vekt i gull. Takk til enhetsledere og avdelingsledere i kommunehelsetjenesten for å ha formidlet kontakt, og vist stort engasjement.

Takk til de trygge lærerne ved masterstudiet, for all ekspertise, inspirasjon og lærerike diskusjoner gjennom tre år. En spesiell takk til veileder Bjørg Balteskard for støtte, motivasjon, tålmodighet og raushet. Du har for meg vært en trygg fyrlykt gjennom ukjent farvann. Takk til medstudenter for hyggelige samlinger som har gitt nye vennskap og minner for livet. Takk til kollegaer og ledere på sykepleierutdanningen ved UIT Norges arktiske universitet, campus Harstad, for tilrettelegging til å gjennomføre masterstudiet, samt gode innspill og støtte i prosessen det har vært å skrive en masteroppgave.

Takk til familien, gode venner og mój drogi, for at dere har vært min heiagjeng som har støttet meg i motbakker, og har stilt opp som kattervakt ved reising. En ekstra stor takk til min trofaste og nærmeste venninne Charlotte, som har gjennomført dette masterstudiet sammen med meg. Det er ekstra fint at du fins. Helt til slutt velger jeg å dedikere denne oppgaven til min kjære pappa som dessverre ikke fikk oppleve å se meg fullføre mastergraden, men som jeg definitivt har arvet pågangsmot og viljestyrke fra.

Harstad, 3.mai 2020.

Sammendrag

Bakgrunn: 80% av alle sykehjemsbeboere har en demenslidelse. Med en demenslidelse følger det ofte utfordrende atferd i form av aggressive handlinger, både fysisk, psykisk, seksuelt og verbalt. Det har fremkommet i media at det blir utført aggressive handlinger daglig, rettet fra pasient mot pleiere i skjermede sykehjemsavdelinger. Med den forventede økende forekomsten av demenssykdom vi har i vente, tenker jeg at det er viktig å fokusere på hva sykepleierne som jobber i skjermede sykehjemsavdelinger opplever å møte i sin arbeidshverdag, relatert til utfordrende atferd ved demenssykdom.

Hensikt: Det er med denne studien ønskelig få til en kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenester til pasienter med demenssykdom som bor i skjermede sykehjemsavdelinger, samt en trygg ivaretagelse av sykepleierne som jobber der.

Metode: I denne studien er det anvendt kvalitativ forskningsmetode med en hermeneutisk og fenomenologisk tilnærming. Datainnsamlingen skjedde gjennom semistrukturerte intervju med seks sykepleiere som jobber i skjermede sykehjemsavdelinger for pasienter med demenssykdom.

Funn: Det ble i analysen gjort funn av følgende fire meningsbærende enheter, disse er «Opplevelser av utfordrende atferd ved demenssykdom», «Opplevelser av å bli påført smerte», «Å bruke tvang» og «Utfordringer på arbeidsplassen». Videre er det overordnede temaet i studien «Å være sårbar».

Konklusjon: Utfordrende atferd er kommunikasjon fra den demenssyke pasienten sin side. Alle sykepleierne i studien hadde opplevd å bli skadet på jobb som resultat av utfordrende atferd, de færreste hadde opplevd å få oppfølging og debriefing fra organisasjonen på grunnlag av dette. Lite tid og lav bemanningsgrad fører til økt grad av utfordrende atferd i skjermede sykehjemsavdelinger. Det fremkommer viktig at pleiere som jobber i skjermede sykehjemsavdelinger bør ha kunnskap om demens og utfordrende atferd.

Nøkkelord: Demens, utfordrende atferd, nevropsykiatriske symptomer, sykepleiere, skjermede sykehjemsavdelinger

Abstract

Background: 80% of all nursing home residents have a type of dementia. Dementia often involves challenging behavior in the form of aggressive actions, both physical, mental, sexual and verbal. It has emerged in the media that aggressive actions are performed daily, directed from patients to caregivers in specialized care wards for patients with dementia in nursing homes. From the expected increase in prevalence of dementia in the upcoming years, I think it is very important to focus on nurses who works in specialized care wards in nursing homes for patients with dementia, and their experiences regarding challenging behavior from patients with dementia.

Aim: With this study, I want to achieve a quality development in health and care services for patients with dementia who are living in specialized care wards in nursing homes, as well as increasing the safety of the nurses working there.

Method: I have used a qualitative research method with a hermeneutic, phenomenological approach to elucidate my research questions. Data was obtained through interviews with nurses in specialized care wards for patients with dementia in nursing homes.

Results: Through the analysis I found four different topics, "Experiences of Challenging Behavior caused by Dementia", "Experiences of Getting Hurt", "The use of Coercion" and "Workplace challenges." Furthermore, the overall theme of the study is "Being vulnerable".

Conclusion: Challenging behavior is communication on the part of the patient with Dementia. All the nurses in the study had experienced being injured at work as a result of challenging behavior, few of them had experienced debriefing from the organization on the behalf of this. Lack of time and low staffing leads to increased levels of challenging behavior- It is important that caregivers working in specialized care wards for patients with dementia have knowledge of dementia and challenging behavior.

Keywords: Dementia, challenging behavior, neuropsychiatric symptoms, nurses, specialized care wards for patients with dementia

««Det daglige» kan bli som

vanndråper

som faller på en stein.

Det merkes ikke engang.

Men når dråpen faller på samme sted

dag etter dag, år etter år?

Da vil den etter hvert

sette et varig merke»

(Isdal, 2017, s.46)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Presentasjon av tema og problemstilling.....	1
1.2	Begrepsavklaringer.....	3
1.2.1	Om bruk av ordet vold.....	3
1.2.2	APSD.....	3
1.3	Studiens oppbygning og avgrensning.....	4
2	Teoretisk utgangspunkt.....	5
2.1	Demens – definisjon og kriterier.....	5
2.2	Utfordrende atferd ved demenssykdom (APSD).....	6
2.3	Oppfølging og tilrettelegging.....	7
2.4	Sårbarhet – et av livets eksistensielle grunnvilkår.....	9
2.5	Tidligere forskning.....	10
3	Metodekapittel.....	11
3.1	Forskningsdesign.....	11
3.2	Kvalitativ forskningsmetode.....	12
3.2.1	Fenomenologi.....	13
3.2.2	Hermeneutikk.....	14
3.3	Utvalg og rekruttering av deltakere.....	16
3.4	Gjennomføring av intervjuene.....	17
3.5	Presentasjon av studiens deltakere.....	18
3.6	Transkripsjon.....	19
3.7	Forskningsetiske hensyn.....	19
3.8	Metodiske overveielser.....	20
3.8.1	Egen forforståelse.....	20
3.8.2	Refleksivitet, relevans og validitet.....	21
3.9	Analyse.....	23

4	Funn.....	27
4.1	Opplevelser av utfordrende atferd ved demenssykdom	27
4.1.1	«All atferd er kommunikasjon».....	27
4.2	Opplevelser av å bli påført smerte.....	30
4.2.1	«Man blir så vant til å stå i det at det blir en del av normalen»	30
4.3	Å bruke tvang	32
4.3.1	«Konsekvensene hvis vi ikke gjorde det var jo mye høyere»	32
4.4	Utfordringer på arbeidsplassen.....	34
4.4.1	«Det er liksom akseptert at det er sånn i sykehjem»	35
5	Diskusjon.....	40
5.1	Opplevelser av utfordrende atferd ved demenssykdom	40
5.1.1	All atferd er kommunikasjon.....	40
5.1.2	Urørlighetssonen	41
5.2	Opplevelser av å bli påført smerte.....	42
5.2.1	Man blir så vant til å stå i det at det blir en del av normalen	43
5.2.2	Reaksjonene kommer i ettertid.....	45
5.2.3	Å få snakke om det som oppleves vanskelig.....	47
5.3	Å bruke tvang	49
5.3.1	Kampen for pasientens beste.....	50
5.4	Utfordringer på arbeidsplassen.....	52
5.4.1	Tid og travelhet i de skjermede sykehjemsavdelingene.....	52
5.4.2	Avstanden mellom faglige idealer og økonomiske vurderinger	55
5.4.3	Økt bemanning – en sikkerhet for pasientene med demenssykdom	56
5.4.4	Kvalitetssegenskaper i en helsetjeneste	58
5.5	Å være sårbar – hjelperens sårbarhet.....	59
6	Avsluttende refleksjon.....	63

Referanseliste

Vedlegg

Vedlegg 1 – Samtykke fra NSD

Vedlegg 2 – Intervjuguide

Vedlegg 3 – Forespørsel om rekruttering av informanter

Vedlegg 4 – Samtykkeerklæring

1 Innledning

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Temaet for denne masteroppgaven vil være å undersøke hvilke personlige opplevelser sykepleiere i skjermede sykehjemsavdelinger har fra møter med utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom. I følge Engedal og Haugen (2018, s.23-24) er det ca. 80 000 personer med demenssykdom i Norge i dag, og forekomsten vil øke til det dobbelte de neste 35-40 årene. I Norge kan en regne med 10 000 nye tilfeller av demenssykdom hvert år. På verdensbasis har forekomsten av demenssyke et totalomfang på ca. 35-40 millioner mennesker. Det er kalkulert at 140 millioner mennesker vil ha en demenssykdom om 35 år. Svært mange personer med demenssykdom vil i løpet av sitt sykdomsforløp flytte på sykehjem, og ifølge Helsedirektoratet (2017) har over 80% av alle sykehjemsbeboere en demenslidelse. Romsland (2011, s.15) skriver at økningen i demenssykdommer krever samfunnsmessige ressurser, da mennesker med utviklet demens kan være fullstendig avhengig av at det fins gode omsorgstiltak og hjelpeordninger. Utfordrende atferdsendringer ved demenssykdom er ofte årsaken til at det blir nødvendig med innleggelse i institusjon med døgnbemanning, da de følelsesmessige påkjenningene og omsorgsbyrdene blir for store for pårørende (Rokstad, 2008, s.182). Med den forventede økende forekomsten av demenssykdom vi har i sikte, tenker jeg at det er viktig å sette fokus på hva en demenssykdom kan innebære, samt hva sykepleierne som jobber i demensomsorgen kan oppleve å møte i sin arbeidshverdag.

I november 2019, midt i min forskningsprosess, avslørte Torset et al. (2019) i Aftenpostens A-magasin at det hadde blitt registrert avvik på drøyt 13 000 overgrep i norske sykehjem i 2018, noe som forsterket fundamentet for å skrive denne oppgaven. 74% av de 13 000 avvikene er vold og trusler mot ansatte i sykehjem. Torset et al. (2019) lanserte begrepet «sykehjemsvolden» og delte innsidehistorier fra ulike sykehjem i Norge. Av de 13 000 voldsavvikene Aftenposten har undersøkt, handler over 5000 episoder om slag, spark, kasting av gjenstander på andre, seksuell trakassering, lugging, kvelertak og andre grep som kan få fatale følger. I nesten 600 avvik skrives det rett ut at voldssituasjonene som oppstår, medfører frykt, redsel, engstelse og utrygghet hos både sykehjemsbeboerne og pleierne. Selv når volden

er grov settes ikke pasientene i fengsel. Dette da eldre mennesker med demens ikke kan straffes grunnet sin sykdom.

Det fremkom av de 13 000 avvikene at eldre mennesker utøver et snitt på 36 voldsepisoder på sykehjem rundt i Norge hver dag. På noen sykehjem kan det gå lang tid mellom hver gang fysisk og psykisk vold blir rapportert, og mange voldshendelser blir faktisk aldri rapportert. I de ti sykehjemmene som var flinkest på å melde avvik skjer det i snitt en voldshendelse annenhver dag. Gjennom pleiernes korte, daglige rapporter og 13 000 avvik sender de ut en tydelig beskjed: De er fortvilet og motløse, de vet ikke hva de skal gjøre, de er for få på jobb, og de klarer ikke alltid å beskytte seg selv eller de syke eldre (Torset et al., 2019).

Grunnen til at jeg ønsker å se nærmere på sykepleieres egne opplevelser av utfordrende atferd ved demenssykdom på skjermede sykehjemsavdelinger, er at jeg selv har jobbet flere år som sykepleier i skjermet sykehjemsavdeling for pasienter med demenssykdom og har en forforståelse av hvordan utfordrende atferd kan oppleves i både kropp og sjel. Pasienter som er rammet av demenssykdom kan komme med inadekvate utsagn og utføre handlinger som de kanskje aldri ville gjort dersom de var friske. Jeg har i den anledning undret meg over hvilke opplevelser andre sykepleiere har fra sine daglige møter med utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom i skjermede sykehjemsavdelinger.

Ved å sette fokus på, og anerkjenne sykepleiernes personlige opplevelser i møte med utfordrende atferd ved demenssykdom, tenker jeg at vi kan belyse og bevisstgjøre at sykepleiere som jobber på skjermede sykehjemsavdelinger for pasienter med demenssykdom, også er en gruppe mennesker som har et behov for god ivaretagelse, oppfølging og trygghet i sin arbeidshverdag. Jeg ønsker å bruke min stemme til å få i gang en kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenester til pasienter med demenssykdom når vi sørger for at deres sykepleiere blir godt ivaretatt i sin arbeidshverdag. En arbeidshverdag som til tider kan oppleves ganske krevende. Min erfaring er at en sykepleier som er trygg og har det godt med seg selv på arbeidsplassen sin, klarer å yte mer i arbeidshverdagen, stå sterkere og være mer i forkant av møter med utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom.

Jeg har tatt utgangspunkt i hvilke spørsmål jeg ønsker å få svar på i oppgaven, og har formulert følgende overordnede forskningsspørsmål:

«Hvilke personlige opplevelser har sykepleiere i skjermede sykehjemsavdelinger med utfordrende atferd hos pasienter som har demenssykdom?»

1.2 Begrepsavklaringer

1.2.1 Om bruk av ordet vold

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer vold som tilsiktet bruk eller trusler om bruk av fysisk eller annen makt mot seg selv, en annen person, grupper av personer eller mot et samfunn, der slik maktbruk resulterer eller kan med stor sannsynlighet resultere i fysisk skade, død, psykisk skade, feilutvikling eller nød (Krug et.al., 2002, s.5). Ordet vold kan bli nevnt i oppgaven, men da som resultat av litteratur, eller fra deltakernes fortellinger. I denne oppgaven vil jeg selv bruke betegnelsene utfordrende atferd (se kapittel 2.2) eller aggressiv atferd for å understreke at atferden som kan observeres ved demenssykdom i høy grad er påvirket av hjerneorganiske forandringer, samt endringer i evne til kommunikasjon og mulighet til livsutfoldelse. Slik jeg erfaringsmessig ser det, vil ikke en pasient med langt kommet demenssykdom i skjermede sykehjemsavdelinger kunne evne å planlegge og gjennomføre tilsiktet bruk av trusler- eller bruk av fysisk eller annen makt mot seg selv eller andre. Handlinger beskrevet som voldshandlinger forekommer daglig i skjermede sykehjemsavdelinger, dog tenker jeg at disse hendelsene må sees i lys av alvorlig sykdom knyttet til hjerneorganiske funksjoner, samt den demenssyke pasienten sin manglende evne til å regulere følelser. Mitt fokus i oppgaven ligger ikke på vold, ei heller ønsker jeg å karakterisere personer med demenssykdom som voldsutøvere. Derimot ligger fokuset i oppgaven på sykepleiernes opplevelser av utfordrende atferd i skjermede sykehjemsavdelinger. Jeg vil derfor se bort fra begrepet vold, og som nevnt heller bruke begrepene utfordrende atferd eller aggressiv atferd. Til slutt vil jeg understreke at jeg ikke har til hensikt å ufarliggjøre handlinger karakterisert som vold og voldshandlinger, i skjermede sykehjemsavdelinger, dog er det viktig for meg å forklare bruken av et så sterkt ord som vold.

1.2.2 APSD

Atferdsendringer knyttet til en utvikling av demenssykdom har hatt ulike betegnelser som vanskelig atferd, aggressiv atferd og voldelig atferd. Atferdsmessige og psykologiske

endringer er en del av symptombildet som opptrer ved demenssykdom. På 1990-tallet ble begrepet APSD (atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens) introdusert og har siden vært den rådende betegnelsen både i nasjonal og internasjonal litteratur (Selbæk, 2005). Sælbe (2018, s. 246) skriver om nevropsykiatriske symptomer (NPS) ved demens, som defineres som det samme som APSD. Jeg velger i denne oppgaven å hovedsakelig bruke betegnelsen APSD for å beskrive de atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens, da det brukes av den internasjonale alderspsykiatriorganisasjonen (IPA). Dog kan begrepet nevropsykiatriske symptomer fremkomme i teksten.

1.3 Studiens oppbygning og avgrensning

Jeg starter oppgaven med å redegjøre bakgrunnen for valg av tema, samt presentere tema og problemstilling. I denne oppgaven vil hovedfokuset være på fortellinger fra sykepleieren som jobber i skjermet sykehjemsavdeling for personer med demenssykdom. I den anledning kommer det naturlig for meg å skrive om demens og utfordrende atferd i den teoretiske delen av oppgaven. Dette for å forsøke å skape en forståelse av hvorfor pasienter med demenssykdom kan handle som de gjør, for å videre trekke dette inn i diskusjonen mot slutten av oppgaven. Jeg vil også skrive kort om ivaretagelse av pasienter med demenssykdom på skjermede sykehjemsavdelinger i kommunehelsetjenesten. Videre ønsker jeg på et vitenskapsteoretisk grunnlag, å skrive om fenomenet sårbarhet og knytte denne omsorgsfilosofien opp mot både pasienter med demenssykdom og sykepleieren som jobber i de skjermede sykehjemsavdelingene. Jeg vil også vise frem hva jeg har funnet av tidligere forskning, for å sette dette i sammenheng med hovedtemaet i oppgaven. I oppgavens metodedel vil jeg beskrive kvalitativ forskningsmetode og hvorfor jeg har valgt denne fremgangsmåten, basert på fenomenologi og hermeneutikk. Jeg vil også skrive kort om intervjuprosessen og transkriberingsprosessen, presentere studiens deltakere, samt diskutere refleksivitet, relevans og validitet. I denne delen kommer også en beskrivelse av hvordan analyseprosessen ble gjennomført. Resultater av analysen vil bli presentert i et eget kapittel. I diskusjonsdelen av oppgaven vil jeg diskutere funn i resultatdelen opp mot faglitteratur, relevant forskning, samt egne erfaringer fra arbeidshverdagen som sykepleier på skjermet sykehjemsavdeling for pasienter med demenssykdom. Oppgavens avslutning vil være en refleksjon rundt forskningsprosjektet, med innspill om videre forskning.

Grunnet oppgavens begrensede omfang velger jeg å utelate å skrive om de ulike demenssykdommene, dette da utfordrende atferd følger med de fleste typer demens. Videre vil jeg ikke trekke inn pårørende til personer med demenssykdom, eller reformbølgen New Public Management, selv om dette kunne vært veldig relevant i oppgaven. Jeg kommer heller ikke til å skrive om overgrep mot pasienter på sykehjem.

2 Teoretisk utgangspunkt

2.1 Demens – definisjon og kriterier

Menneskehjernen er det mest komplekse av alle våre organer. Den består av et enormt nettverk med milliarder av nerveceller, videre har hjernen styring over all vår menneskelige aktivitet. Hjernenetverket styrer alle kroppslige funksjoner, fra hjerterytme til følelser, læring og personlig utvikling, til personlige egenskaper og sosial handling, hukommelse, problemløsning, kommunikasjon og oppmerksomhet. Videre styres impulser og atferd fra hjernen. Skader og sykdom som involverer hjernen, kan få store praktiske og eksistensielle konsekvenser for den det gjelder (Romsland, 2011, s. 17).

Demens er en fellesbetegnelse på et syndrom eller en tilstand som kan være forårsaket av ulike hjerneorganiske sykdommer som fører til en gradvis ødeleggelse av hjernevev. Tilstanden er kjennetegnet ved en irreversibel og kronisk kognitiv svikt som medfører endret sosial atferd og sviktende evne til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte sammenlignet med tidligere. ICD-10, klassifiserer demens som et syndrom som skyldes skader eller sykdommer etter skader som påvirker hjernen. Syndromet er av kronisk eller progressiv karakter, og kjennetegnes ved svikt i en rekke kognitive funksjoner som hukommelse for nyere data, evne til å oppfatte og tenke, orientering, innlæring, regning, språk og dømmekraft. Den kognitive svikten ledsages av svikt i emosjonell kontroll, endret personlighet, motivasjon, og i mange tilfeller emosjonell labilitet, irritabilitet, apati og unyansert sosial atferd. Tilstanden må ha hatt en varighet på minimum seks måneder for å kunne betegnes som demens (Engedal og Haugen, 2018, s.19).

2.2 Utfordrende atferd ved demenssykdom (APSD)

APSD (atferdsmessige og følelsesmessige symptomer ved demens) forekommer hos de fleste demenssyke personer i sykehjem, og symptomene har store konsekvenser både for pasientens livskvalitet og for belastningen på personalet. Selbæk (2005) hevder at APSD er regelen snarere enn unntaket ved demenssykdom, og at hele 70% av beboere i sykehjem har klinisk signifikant APSD. APSD omfatter psykiske symptomer som blant annet vrangforestillinger, paranoia, hallusinasjoner, feiltolkninger, angst, depresjon og ustabil humør. Rokstad (2008, s.43-44) skriver at angst er et fenomen som forekommer hyppig ved demens. Når pasienten som er rammet av demens får utfordringer med å holde oversikt over egen situasjon, kan den oppleve sterk usikkerhet for fremtiden. Rokstad (ibid.) skriver videre om APSD at mange pasienter med demenssykdom kan oppleve sterk angst når de er alene, og at en panikkliknende angst kan oppstå når de ikke forstår hva som skjer i omgivelsene. Dette kan igjen føre til aggressivitet som gjør at pasienten setter seg til motverge eller forsøker å flykte fra situasjonen.

Vrangforestillinger beskrives som opplevelser fra pasientens side som ikke har sammenheng men den virkeligheten som spiller seg ut for omgivelsene. Noen pasienter kan eksempelvis sette frem påstander om at ektefellen er utro, at noen er ute etter dem, eller at noen har stjålet fra dem. Pasienter videre kan feiltolke sitt egen speilbilde, og tro at det er en fremmed som står foran dem. Tv-programmer kan tolkes som virkelighet, og fremmede mennesker kan tolkes til å være familiemedlemmer. Hallusinasjoner, især synshallusinasjoner, kan føre til at pasienten tror den befinner seg i en annen tid og på en annen plass enn det virkeligheten viser. Videre omfatter APSD atferdsendringer som rastløshet og vandring, irritabilitet og aggressivitet. Denne formen for hyperaktivitet kan være tilsynelatende meningsløs og uforståelig for omgivelsene, men er et utløp for aktivitetstrang hos pasienten, og kan sees i sammenheng med tidligere atferdsmønster og aktivitetsbehov. Økt tendens til irritabilitet og aggressivitet kan oppleves utfordrende for omgivelsene, og har ofte sammensatte og komplekse forklaringer. Uro, roping, gråting, banning og manglende seksuelle hemninger er også vanlige atferdsendringer hos pasienter med demenssykdom (Rokstad, 2008, s.181).

APSD er ifølge Selbæk (2018, s.250) et uttrykk for udekkede behov hos enkeltmennesket. Samtidig kan disse emosjonelle endringene hos mennesket komme som et direkte resultat av skader i hjernevevet, og vise seg som nedsatt kontroll over egne følelser. Videre hevder

Selbæk (2005) at det er vanskelig å undersøke miljømessige utløsende årsaker til dette symptomkomplekset. Klinisk erfaring viser imidlertid at forhold i miljøet har betydning for alvorlighetsgraden av APSD hos ellers predisponerte individer. Tilsynelatende bagatellmessige detaljer i miljøet, som nye pasienter i avdelingen eller flytting av inventar, kan bidra til økende grad av atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer. Dårlig samhandling med pårørende eller helsepersonell i form av for store krav, irritasjon, verbal og fysisk utagering, kan trolig også knyttes til utvikling av utfordrende atferd (APSD). Pasienter med demenssykdom kan eksempelvis ha lavere toleranse for frustrasjoner og reagere sterkere på alle følelsesmessige områder. Videre kan det på samme grunnlag oppstå manglende kontroll over impulsivitet, samt manglende forståelse av egne handlingers konsekvenser for andre. Igangsatte handlinger kan dessuten ofte være vanskelige å stoppe (Romsland, 2011, s.24-25). Det er ifølge Romsland (2011, s.53) avgjørende at helsepersonell har kunnskap om å kunne tilrettelegge for pasienten som har kognitiv funksjonssvikt, hvis vi skal bidra til å hindre katastrofetilstander, utrygghet og eksistensiell angst hos pasienter som har APSD. Støback (2015) skriver at APSD er et område innenfor eldreomsorgen der helsepersonell kan mangle handlingsberedskap og kunnskaper om gode arbeidsmåter for å ivareta pasienter som har en atferd som oppleves utfordrende og spesiell å forholde seg til. Når demenssykdom rammer og utvikler seg med endret og utfordrende atferd, kan pasientene bli betegnet som «vanskelige» å forholde seg til, de passer de ikke lengre inn i vårt normalitetsbegrep og kan dermed utfordre våre egne holdninger.

2.3 Oppfølging og tilrettelegging

Kommunehelsetjenesten er den instansen som oftest har ansvar for oppfølging og tilrettelegging av hverdagen til personer med demenssykdom, og pålegges i Kvalitetsforskriften for pleie og omsorgstjenestene (2003) §1 å utarbeide skriftlige prosedyrer som skal sikre at det arbeides med kvalitet, helhet og brukermedvirkning i tjenestene, slik at mottakere av helse- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. I 2018 var det 32 924 sykehjemsplasser (86,9 %) i kommunal drift i Norge. Av disse tallene var det 149 skjermede sykehjemsavdelinger med totalt 772 plasser spesielt tilrettelagt for personer med demenssykdom. Med skjermede sykehjemsavdelinger menes i denne sammenhengen boenheter med 4 til 12 beboere som er spesielt tilrettelagt og oversiktlige for personer med

demenssykdom som har alvorlige nevropsykiatriske symptomer (APSD) (Helsedirektoratet, 2019). Skjermede sykehjemsavdelinger skiller seg, etter min erfaring, fra en vanlig somatisk sykehjemsavdeling ved at pasientene her ofte har tendenser til utfordrende atferd i forbindelse med sin demenssykdom. Det tilstrebes en spesiell ro i en skjermet sykehjemsavdeling, da en ofte en forsøker å skåne de demenssyke pasientene for unødvendig mye sansestimuli og støy, noe som i seg selv kan bidra til å utløse utfordrende atferd. Videre er dører og vinduer ofte låste, for at pasientene her ikke skal kunne vandre alene ut fra sykehjemmets område, noe som kan få fatale konsekvenser. Pasientene på skjermede sykehjemsavdelinger har egne rom hvor det ofte oppfordres til å pynte med pasientens personlige eiendeler, som en form for reminisens som igjen kan gi mennesket bak demensdiagnosen muligheten til å skape en tilhørighet i sin nye tilværelse på den skjermede sykehjemsavdelingen.

I følge Nasjonal faglig retningslinje om demens skal omsorg og behandling som ytes til personer med demens være personsentrert, og det bør gis opplæring og kompetanseutvikling til ansatte innen personsentrert omsorg og behandling (Helsedirektoratet, 2019). Brooker (2013, s. 9) skriver at en moderne definisjon av personsentrert omsorg omfatter de fire hovedelementene som former VIPS-modellen. VIPS-modellen omfatter et verdigrunnlag som anerkjenner menneskets absolutte verdi, uavhengig av kognitiv funksjon eller alder. Videre omfatter VIPS-modellen en individuell tilnærming som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske, samt evnen til å forstå verden, sett fra personens perspektiv. Til sist omfatter VIPS-modellen etablering av et støttende sosialt miljø som dekker personens psykologiske behov. Jeg kjenner selv til at VIPS-modellen stadig innføres i flere og flere norske sykehjem, noe som etter mitt syn er med på å skape veien til bedre tjenester for- og ivaretagelse av pasienter med demenssykdom i skjermede sykehjemsavdelinger. Støback (2015) skriver at forståelsen vi har for pasienter med demenssykdom gjør noe med holdningene våre. Disse holdningene er av betydning for hva vi ser når vi skal kartlegge atferd, og hvordan vi nærmer oss personen i ord og handling. Gjennom grundig refleksjon i personalgruppen, over våre tanker og holdninger til pasienten med demenssykdom, kan vi få frem synspunkter som kan bidra til positive tiltak og til forhold som må bearbeides videre. Dette krever etter mitt syn også at sykepleieren i skjermede sykehjemsavdelinger har mulighet til tett oppfølging av pasienten med demenssykdom i skjermede sykehjemsavdelinger. Selbæk (2005) skriver at behandling av APSD alltid forutsetter en grundig utredning og en kontinuerlig evaluering av tiltak. I sykehjem, der mengden legetilsyn ofte ikke står i forhold til pasientenes sammensatte sykkelighet, er det vanskelig å tilfredsstille dette kravet. Man er helt avhengig av gode

rapporteringsrutiner mellom pleiepersonale og leger. Slik jeg tolker Selbæk mener han i likhet med Støback (2015) at pasienten med demenssykdom bør observeres tett i den skjermede sykehjemsavdelingen. Dette for å evaluere ulike tiltak, det være seg medikamentelle-, miljø-, eller personsentrerte omsorgstiltak som har positiv og negativ påvirkningskraft på den demenssyke pasienten sin APSD. Jeg ser ut fra teorien at det tilstrebes å ha en tett kontakt mellom sykepleieren og pasienter med demenssykdom.

2.4 Sårbarhet – et av livets eksistensielle grunnvilkår

Martinsen (2012, s.10) skriver at sårbarhet er et av livets eksistensielle grunnvilkår. Vi lever i en gjensidig avhengighet av hverandre hvor vi trenger noen og noen trenger oss. Vi er utlevert i andres omsorg, etter mitt syn både som et nyfødt barn som trenger sin mor, og som en pasient med demenssykdom som trenger omsorg fra sykepleieren. Slik jeg ser det, står også sykepleieren i en posisjon av avhengighet. En avhengighet av å kunne ha en god og trygg arbeidshverdag som ikke påfører han eller henne skade, og en avhengighet av å kunne jobbe i tråd med sin identitet som sykepleier. Sårbarheten viser oss at livet er skjørt, at det kan ødelegges. Mennesker er ufullkomne, slik at sårbarheten kan vendes mot oss og brukes til å ødelegge oss. Samtidig er den samme sårbarheten en forutsetning for at vi skal kunne leve oss inn i andres lidelser og en oppfordring til å bli tatt vare på. Slik sett kan sårbarhet være en styrke. Det er av fundamental betydning for pasientene at sykepleieren klarer å forholde seg både pasientens og sin egen sårbarhet i helsevesenet (Martinsen, 2012, s.10). Avhengighet mellom mennesker inngår i et samhold, en solidaritet. Martinsen (2012, s. 150-151) viser til Løgstrup for å forklare hva begrepet solidaritet betyr og rommer. Både i begrepets juridiske og etiske betydning handler det om menneskers avhengighets i kraft av hva en står i sammen, og videre på det en skylder det andre mennesket. Å svikte solidariteten vil si å svikte samholdet med den andre. Møtet mellom mennesker kan sees som uttrykk for menneskets ontologiske interpendens. Det handler om at mennesket er avhengig av andre, kanskje spesielt når demenssykdom rammer, og setter pasients liv og verdighet på spill. Interpendensen, den gjensidige avhengighet er ikke solidaritet, men inngår i solidariteten. Det kan forklares slik at det vi skylder det andre mennesket noe ut fra det vi er sammen med han eller henne om, denne forpliktelsen tilhører det etiske i solidariteten. Slik jeg ser det fins det en grunnleggende tillit til at vi har en solidaritet, vi lever i en tro om at andre mennesker vil oss godt.

Solidariteten forutsetter de livsbekreftende ytringer. Noe som er komplisert ved solidariteten er at ordet kan romme en livsbekreftende og en livsfornektende holdning. Solidaritetens etiske ambivalens kan kaste lys over vanskelige situasjoner som sykepleieren befinner seg i. Hvor formes sykepleierens solidaritet, og hvem bidrar til å forme denne solidariteten? Slik jeg ser det er det viktig at sykepleieren har kunnskap om demenssykdom, slik at han eller hun kan forstå at det er sykdom som fører til at det andre mennesket fremstår annerledes og derfor kan handle inadekvat i situasjoner. Interpendens gjør at sykepleieren har mulighet for å forstå at pasienten med demenssykdom har det vanskelig og lider, noe som gjør at sykepleieren kan ivareta og imøtekomme den demenssyke pasientens behov. Det fordres i alle fall, og setter sykepleieren i en sårbar posisjon i dagens effektivisering av tidsbruk i skjermede sykehjemsavdelinger.

Balteskard (2015, s.82). skriver at gamle syke pasienter er avhengige av hjelp for at deres verden skal kunne oppleves rommelig. Deres avhengighet handler ikke bare om hjelp til dagliglivets aktiviteter, men også å kunne leve i omgivelser som ivaretar dem som individuelle personer. Pasienter med demenssykdom har en lang fortid, og erindringen er sentral for at personen bak demensdiagnosen kan få beholde sin identitet og gjøre motstand mot tidens uunngåelige bevegelse mot tilintetgjørelsen. Når ingenting skjer, blir mennesket eksistensielt sårbar. Den gamle pasienten med demenssykdom er sårbar.

2.5 Tidligere forskning

Søk i PubMed, Cinahl, Oria og Google Scholar med søkeordene «nurses experiences dementia care», «aggressive behaviour dementia care units», «debriefing nurses dementia care», «dementia aggression in workplace», «agresjon demens», «vold mot sykepleiere på sykehjem», «apsd sykehjem», «utagering demens sykehjem» ga totalt 1175 funn. Ut fra disse funnene valgte jeg å fokusere på artikler og rapporter som er publisert etter 2010, og som har fokus på sykepleieres opplevelser med utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom i sykehjem. Jeg sto da igjen med seks relevante artikler, samt en nasjonal undersøkelse fra Irland. De fleste av artiklene er europeiske, noe jeg finner positivt i den forstand at forskere i vår verdensdel har begynt å rette søkelys mot et tema som etter mitt syn er upløyd mark innen sykepleiefaget. Bostrøm et al. (2011) ønsket i en demografisk undersøkelse å finne ut av

frekvensen av aggresjon opplevd av helsepersonell på omsorgssenter for personer med demenssykdom. Videre undersøkte Isaksson et.al. (2011) hvilke situasjoner fysisk utagering oftest oppsto, på ulike sykehjem i Sverige. Rognstad og Nåden (2011) ønsket å finne ut av, og beskrive personalets opplevelse av arbeidssituasjonen i møte med pasienter med demenssykdom og utagerende atferd ved en norsk avdeling for demens og alderspsykiatri, Drennan et al. (2012) undersøkte samhandling og konflikter mellom pasienter og pleiere i Irland. Lachs et al. (2012) ville, grunnet lite forskning om fysisk utagering fra pasient mot pleier, estimere hvor mange hendelser med fysisk utagering fra pasienter mot pleiere, som forekom på sykehjem i løpet av en periode på 2 uker. Undersøkelsen ble gjort på større sykehjem i New York. Holst og Skär (2017) har som bakgrunn for sin systematiske review tatt utgangspunkt i at aggressiv atferd hos eldre pasienter med demenssykdom blir sett på som mer og mer utbredt. Stutte et al. (2017) ønsket som en del av et sveitsisk prosjekt (SHURP) å kartlegge utbredelsen av pasienters fysiske, verbale og seksuelle atferd mot pleiere i sykehjem i Sveits. Slik jeg har lest resultatene av disse ulike forskningskildene kan datamaterialet røpe at det faktisk forekommer en del fysisk, psykisk, verbal og seksuell aggressiv atferd rettet mot pleiere i sykehjem, både i Norge, ellers i Europa og på verdensbasis. Jeg vil komme tilbake til forskningen i oppgavens diskusjonsdel.

3 Metodekapittel

3.1 Forskningsdesign

I denne studien er det anvendt kvalitativ forskningsmetode, herunder semistrukturerte intervju i form av dybdeintervju. Dybdeintervju intervju kan slik jeg ser det beskrive sykepleiernes opplevelser og livsverden på et dypere nivå, samt beskrive de virkelige øyeblikkene ut fra sykepleiernes ulike perspektiver, eksempelvis hvordan sykepleierne faktisk opplever utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom. Jeg har intervjuet seks sykepleiere som jobber på skjermede sykehjemsavdelinger for pasienter med demenssykdom. Etter gjennomføring av de semistrukturerte intervjuene, transkriberte jeg opptakene fra tale til tekst. I selve analyseringsprosessen av det nedskrevne og anonymiserte materialet har jeg valgt å

finne min egen vei, lett inspirert av Martinsen og Eriksson (2009), Malterud (2017) og Tjora (2017).

3.2 Kvalitativ forskningsmetode

Malterud (2017, s.30-36) viser til kvalitative metoder som forskningsstrategier for analyse, beskrivelse og fortolkning av egenskaper, karaktertrekk eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres. De kvalitative forskningsmetodene omfatter et bredt spekter av strategier for systematisk innsamling, organisering og fortolkning av tekstlig materiale fra observasjoner, samtaler eller skriftlig kildemateriale. Målet er å utforske meningsinnholdet i kulturelle og sosiale fenomener, slik det oppleves for de involverte. Disse fortolkningene, som gjøres ut fra observasjoner, intervjuer og feltarbeid, kan beskrive og presentere nyanser, mangfold og subjektive erfaringer. Kvalitativ forskningsmetode bygger på fenomenologi og hermeneutikk. Fenomenologien formidler ifølge Thornquist (2003, s.86) respekt for det konkrete som konkret, og legger vekt på fylldige kontekstualiserte og erfaringsnære beskrivelser. Ved å bruke en kvalitativ tilnærming kan det spørres etter betydning og nyanser av hendelser og atferd som deretter kan være med på å styrke forståelsen av hvorfor mennesker handler som de gjør. Jeg tenker dette er veldig gunstig i min oppgave som omhandler sykepleieres personlige opplevelser i møte med utfordrende atferd ved demenssykdom.

Malterud (2017, s. 134-135) siterer Kvale (1996), som tar utgangspunkt i et fenomenologisk perspektiv når han stiller opp sine idealer for kvalitative forskningsintervju. Fra denne posisjonen er målet å innhente opplysninger om deltakernes erfaringer, i lojalitet til hans eller hennes versjon av sin historie. I følge Kvale skal det kvalitative intervjuet åpne for kunnskap som er forankret i deltakernes livsverden – altså en levende kunnskap slik det ser ut for den som lever det livet vi snakker om. I mitt intervju vil kunnskapen komme fra sykepleierne som deler fra sin egen livsverden. Intervjueren skal forsøke å skape en situasjon hvor det er mulig for deltakeren å fortelle om meningsinnholdet, hvilken betydning det som blir snakket om, har for han eller henne. Her er det et mål å utvikle en samtale der det kvalitative får en stemme, der ordene får formidle en kunnskap om kjennetegn og egenskaper ved det vi snakker om. Vi skal også være forberedt på at det relevante fokuset kan ligge et helt annet sted enn der man i utgangspunktet forventet å finne det. Det gode kvalitative intervjuet skal gi rom for

flertydighet, da de fleste menneskelige fenomener har flere sider, dilemmaer, motsigelser og paradokser kan gi oss en svært viktig innsikt som vi kan gå glipp av dersom vi bare går etter enstemmige fortellinger. Intervjueren skal også være lydhør for forandringer, både perspektiver som endrer seg som følge av samtalen, og historier som forteller om prosesser og utvikling. For å kunne lære noe nytt av deltakeren er det nødvendig å utvikle vår sensitivitet som intervjuere, for å kunne skape et klima preget av fortrolighet og trygghet, samt for å klare å høre noe vi ikke visste om fra før. Dersom intervjuet ikke gir noen som helst overraskelser eller kunnskap som utfordrer intervjuerens forforståelse har vi kanskje ikke hørt godt nok etter, dette da intervjuet utgjør en type mellommenneskelig situasjon der samtalen ofte omhandler andre mellommenneskelige situasjoner som gir grunnlag for informasjonsutveksling.

3.2.1 Fenomenologi

Thornquist (2003, s.83) skriver at ordet fenomenologi kommer fra det greske «*phai`nomenon*», det vil si det som viser seg, og «*logos*» som betyr lære. Fenomenologi fremstilles altså som læren om det som kommer til syne og viser seg. Oppmerksomheten i fenomenologi rettes mot verden slik den erfares for subjektet. Fenomenologi handler om forståelse av menneskers subjektive bevissthet og erfaringer. I min studie vil subjektet, slik jeg tolker det, være sykepleieren som møter utfordrende atferd ved demenssykdom, i skjermede sykehjemsavdelinger, og hans eller hennes betraktninger om opplevelsene. Videre vil jeg selv også være subjektet, da jeg fra før ikke har sikker kunnskap om det sykepleierne forteller om, men jeg lytter og tolker dette ut fra min egen forforståelse. Jeg tilegner meg en ny kunnskap fra sykepleierne jeg har snakket med, slik at jeg kan tolke nedskrevet tekst og skrive denne oppgaven ut fra datamaterialet som er samlet inn. Fenomenologi er først og fremst et kunnskapsteoretisk anliggende. Edmund Husserl, fenomenologiens grunnlegger, var opptatt av å forstå kunnskap, kunnskapens natur og vilkår. Han studerte menneskets bevissthet, og konsentrerte seg om måten fenomener er gitt for vår bevissthet på. Det som ifølge fenomenologer kjennetegner bevisstheten er intensjonaliteten. Menneskets bevissthet er intensjonal i den mening at den aldri er tom, den er alltid rettet mot noe, og den er alltid en bevissthet om noe. Fenomenologi er dermed en bevissthets- eller konstitusjonsfilosofi. Domenet i denne filosofien er vår væren-i-verden, der bindestrekene er ment å antyde vår

grunnleggende tilhørighet til verden – vi er i verden, og vi er en del av verden. Den verden vi lever i til daglig, og som vi har umiddelbar fortrolighet til og erfaring med, kalles i fenomenologien for «livsverden». Denne livsverden er ikke underlagt analyse, det er nettopp en verden av ikke-ekspliserte og ikke-tematiserte erfaringer, og denne anses som menneskets primære erkjennelsesform, som danner forutsetning for all vitenskap og kunnskap. Livsverden dreier seg om den dagligdagse, konkrete verden vi tar for gitt med grunnleggende tillit, og uten reservasjon (Thornquist, 2003, s. 84-90). Jeg tenker at fenomenene som dukker opp i min oppgavene vil være opplevelsene med utfordrende atferd som sykepleierne vektlegger å snakke om i intervjuene, samt andre tema som sykepleierne, på en naturlig og spontan måte, bringer frem i lyset fra sin arbeidshverdag.

3.2.2 Hermeneutikk

Hermeneutikk hjelper oss med å forstå hvordan vi forstår, og hvordan vi gir verden mening. Hermeneutikkens objekter er først og fremst tekster, bevissthet om hvordan tekster kan fortolkes, er derfor viktig (Thornquist, 2003, s. 139). I følge Thornquist (2003, s.140) refereres det ofte til to hovedtradisjoner innenfor hermeneutikk, den tradisjonelle- og den filosofiske hermeneutikken. I den tradisjonelle hermeneutikken dreier det seg om å komme frem til korrekt fortolkning av tekster via gjen-erfaring og gjen-skaping av forfatterens bevissthet, liv og historiske epoke. Med den filosofiske hermeneutikken ble hovedspørsmålene knyttet til grunntrekk ved mennesket og de universelle vilkårene for forståelse som sådan. Hans Georg Gadamer er sammen med Martin Heidegger representanter for den filosofiske hermeneutikken, og jeg velger å følge retningen til nevnte filosofer videre i oppgaven. Thornquist (2003, s.151) skriver at Heidegger og Gadamer sitt anliggende er å klargjøre grunntrekk ved menneskets eksistens og eksistensielle vilkår. De søker å gjøre rede for de grunnleggende forutsetninger for forståelse overhodet, og de understreker at selve vår måte å eksistere på er hermeneutisk. Vi mennesker er i verden som forstående og fortolkende vesener.

Meningsfulle fenomener er hermeneutikkens disiplin, og dreier seg om menneskets aktiviteter i seg selv, så vel som produkter eller resultater av dem. Videre inkluderes normer, regler og forestillinger. Kulturelle forhold som regulerer menneskelige aktiviteter er også med på å bestemme hva som produseres og hvordan. Innenfor den hermeneutiske tradisjon finner vi

begrepene fordom, forståelseshorisont, og hermeneutisk sirkel. Begrepet fordom ble rehabilitert av Gadamer, fra å være et negativt ladet ord i dagligtalen, til at det ble brukt til å vise til at noe går foran og forut. Gadamer forklarer at vi kommer til en tekst, sak eller handling med en erfaringsmessig og tankemessig ryggsekk som er med på å bestemme det vi fortolker og forstår. På et vis handler det om en grunnleggende betingelse for forståelse. Poenget er at vi aldri er forutsetningsløse, vi har alltid en forutforståelse. Begrepet hermeneutisk sirkel til et prinsipp i fortolkningen som innebærer en prosess der man veksler mellom del og helhet for å forstå begge deler best mulig. Hver gang en forstår en del av virkeligheten, påvirker det oppfatningen av helheten. Deretter vil den nye helhetsforståelsen sette den aktuelle delen i et nytt lys, som igjen påvirker helhetsforståelsen. Vi kan se på det som en hermeneutisk spiral da en aldri kommer tilbake til samme sted (Thornquist, 2003, s.141-143). Slik jeg ser det viser ikke Gadamer til at forståelse betyr å forstå bedre nødvendigvis, men å forstå annerledes. At forskeren foretar en sammenhengende fordypning av sin egen forståelse av mening. Dette vil jeg ta med meg inn i oppgavens forforståelse- og analysedel.

Heidegger omtales både som fenomenolog og hermeneutiker, og utviklet mange spesielle begrep som ifølge Thornquist (2003, s.153-155) kan virke underlige, med en intensjon om å få oss til å bryte tankevaner og få oss til å tenke annerledes. To av disse begrepene er væren-i-verden og derværen («Dasein»). Hva vil det si å være til? Hva er værens mening? Svaret Heidegger gir, er at vår menneskelige eksistens er kjennetegnet ved å være forstående og engasjert tilstede i verden. Vi befinner oss alltid kastet inn i, til stede, en konkret situasjon som vi tolker ut fra vår egen væren, samt mulighetene den innebærer. Vår egen forståelse er alltid bestemt av vår endelighet, at vi alltid er på et bestemt punkt i historien som igjen alltid overskrides. Med begrepet derværen ville Heidegger betegne mennesket i dets engasjerte og forstående forhold til spørsmål om væren og sin egen tilværelse. Derværen forholder seg ikke til sin verden slik et subjekt står ovenfor et objekt. Væren-i-verden er en måte mennesket er til på, noe som er grunnleggende for dets eksistens med en splittelse mellom den ytre utstrakte verden og den tenkende indre bevissthet. Heidegger har også lansert begrepet væren-i-tiden. Mennesket som væren-i-tiden lever i bekymringen for en mulig fremtid og i erindringen som fortid, om det som en gang var mulig. Den mest fundamentale stemningen vi befinner oss i er bekymringen, som retter seg mot vår eksistens i verden og særlig mot fremtiden. Heidegger tar her utgangspunkt i vår daglige tilværelse med dens angst og bekymringer, at angsten kan sette oss på sporet mot mening med væren. Videre poengterer Heidegger at vi alltid er i en

verden av praksiser og gjøremål. Han legger vekt på et nivå av dagligdags praksis som ligger til grunn for våre teoretiske forutsetninger og antakelser. Heidegger var opptatt av menneskets konkrete væremåte, og han understreker at vi har en umiddelbar tilgang til verden gjennom vår deltakelse i den og beskriver det som en fortrolighet i vår praktiske omgang med verden (Thornquist, 2003, s.156-158). Jeg vil bruke denne teorien til å forsøke å finne ut hvordan sykepleierne tolker utfordrende atferd når de engasjert befinner seg kastet inn i ulike dagligdagse situasjoner i skjermede sykehjemsavdelinger.

3.3 Utvalg og rekruttering av deltakere

Et strategisk utvalg deltakere baserer seg på en målsetting om at materialet kan belyse den aktuelle problemstillingen på best mulig måte (Malterud, 2017, s.58). Jeg anser sykepleiere som jobber på skjermede sykehjemsavdelinger til å passe inn i et robust strategisk utvalg av deltakere, da de jobber med pasienter med demenssykdom på skjermede sykehjemsavdelinger, og har alle trolig opplevd episoder med utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom. Inklusjonskriteriene for å delta i forskningsprosjektet ble fremstilt slik: Aktuelle sykepleiere må ha jobbet med pasientrettet arbeid i avdelingene i minst to år, slik at de har kjennskap til utfordrende atferd ved demenssykdom. Det er videre positivt om noen av sykepleierne har deltatt i noen form for kompetanseløft, men dette er ikke et krav. Grunnen til at sykepleierne må ha to års yrkeserfaring på skjermet sykehjemsavdeling er for å være sikker på at de har kunnskap om, og erfaring med utfordrende atferd ved demenssykdom. En fokusert problemstilling og deltakere som kan formidle variert og mye er momenter som gjør at en trenger færrest mulig deltakere. Informasjonsstyrken i utvalget legger føring for hvor mange deltakere en har bruk for, med høy informasjonsstyrke i utvalget trenger vi færre deltakere (Malterud, 2017, s.63). Med oppgavens omfang og begrensede tidsperspektiv i betraktning, var det ønskelig å rekruttere seks sykepleiere som deltakere.

3.4 Gjennomføring av intervjuene

For å rekruttere deltakere til forskningsprosjektet tok jeg i slutten av september 2019 kontakt med enhetslederne på to ulike sykehjem i en stor kommune som jeg selv ikke har personlig tilknytning til. Begge sykehjemmene har skjermede avdelinger for personer med demenssykdom. Jeg avtalte personlige møter med enhetslederne for å kunne presentere mitt forskningsprosjekt for dem, samt få hjelp til å rekruttere seks sykepleiere som deltakere. I de personlige møtene fikk enhetslederne fremvist informasjonsskriv om forskningsprosjektet og forespørsel om rekruttering av deltakere og samtykkeskjema. Enhetslederne fremsto meget positive til prosjektet, og var videre svært hjelpelige med å rekruttere deltakere som passet til inklusjonskriteriene. Seks deltakere, to sykepleiere fra det ene sykehjemmet og fire sykepleiere fra det andre sykehjemmet, viste sin interesse og samtykket i å delta i forskningsprosjektet. Fire av deltakerne trakk seg av ulike grunner fra forespørsler og avtaler om intervju, noe jeg valgte å respektere. Ved besøk på det ene sykehjemmet meldte det seg en ny deltaker som passet til inklusjonskriteriene, og samtykket i å delta i forskningsprosjektet. Totalt fikk jeg gjennomført tre intervju i rolige omgivelser på de ulike deltakernes arbeidsplasser, i løpet av oktober 2019. I slutten av november 2019 så jeg meg nødt til å starte en ny rekrutteringsprosess, dette ble klarert og godkjent av min lærerveileder. Jeg tok kontakt med avdelingsleder på et sykehjem som har skjermede avdelinger for personer med demenssykdom, i en annen kommune via e-post. Vedlagt i e-posten delte jeg en presentasjon av mitt forskningsprosjekt og samtykkeskjema. Avdelingsleder viste umiddelbart positiv respons, og rekrutterte tre sykepleiere som passet til inklusjonskriteriene, i løpet av et døgn. De tre siste intervjuene ble gjennomført i første uken av desember 2019, i møtelokaler på deltakernes arbeidsplass.

3.5 Presentasjon av studiens deltakere

Tabell 1

	Sykepleier 1	Sykepleier 2	Sykepleier 3	Sykepleier 4	Sykepleier 5	Sykepleier 6
Antall år i yrket	13 år	19 år	3 år	13 år	22 år	19 år
Videre-utdanning	Ja	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja
Antall pasienter i avdelingen	8	8	9	9	9	9

Jeg rekrutterte seks deltakere, som planlagt. Alle deltakerne jobber som sykepleiere på skjermede sykehjemsavdelinger for personer med demenssykdom, og har jobbet der i over to år sammenhengende. Av deltakerne finner vi fem kvinner og en mann. Deltakerne har ulik fartstid i sykepleieryrket, av tabellen ser vi et spenn fra tre til tjueto års yrkeserfaring. Alle deltakerne samtykket i at intervjuene ble tatt opp med lydopptaker. Intervjuene hadde en varighet på mellom 20 og 35 minutter. I ettertid har jeg tenkt at intervjuene kanskje ble litt tidsmessig korte. Samtidig tenker jeg at jeg har tatt opp et sensitivt tema som vekket dype følelser i flere av deltakerne, og med forskningsetikken som bærende under intervjuene valgte jeg derfor å avslutte når deltakeren hadde svart på alle spørsmålene mine og signaliserte seg ferdig. I flere av intervjuene satt jeg igjen og snakket litt med deltaker etter at lydopptaker var skrudd av. Dette for å sørge for at deltaker forlot intervjuet med en positiv opplevelse etter å ha delt personlig informasjon fra sin egen livsverden. Deltakerne ga beskjed om at jeg gjerne måtte ta kontakt igjen dersom jeg trengte mer datamateriale. Jeg valgte å ikke følge opp dette da jeg hovedsakelig var interessert i ubehandlet rådata, og sa meg meget fornøyd med informasjonen jeg fikk samlet under de seks gjennomførte intervjuene.

3.6 Transkripsjon

Fra de seks intervjuene fikk jeg totalt 39 sider transkribert tekst. Det ble i selve skrivearbeidet anvendt skrifttype Times New Roman, skriftstørrelse 12, og linjeavstand 1,5. Intervjuene ble transkribert etter hvert som de ble gjennomført, og det ble brukt alt fra tre timer til seks timer på å transkribere hvert intervju. Jeg valgte å skrive om muntlig dialekt til skriftlig bokmål for å anonymisere deltakerne ytterligere. Totalt sett ble det brukt om lag tjuefem timer til transkriberingsprosessen. I transkriberingen valgte jeg å skrive ned nonverbale uttrykk som lang stillhet, sukk, latter, humring, gråt og pause i intervjuet. Noe jeg selv fant utfordrende i transkriberingsprosessen var å finne skriftlige ord for den nonverbale og mellommenneskelige kommunikasjonen mellom meg som intervjuer og deltakeren som satt ved andre siden av bordet. Det jeg synes var særlig utfordrende i transkriberingsprosessen var at ord som sukk, latter, gråt og risting på hodet lar seg transkribere ned på papir, men ikke stemninger som eksempelvis brist i stemmen, gåsehud, tonefall og betydningen av at deltaker la trykk på enkelte ord eller gestikulerte med armer for å få frem styrken i konteksten.

3.7 Forskningsetiske hensyn

Min studie er gjennomført i samsvar med Helsinkideklarasjonens etiske forskningsprinsipper. Alle deltakerne i studien fikk skriftlig og muntlig informasjon om forskningsprosjektet. Det ble informert om at deltakelsen i forskningsprosjektet var frivillig, samt at de når som helst kunne velge å trekke seg fra studien uten at dette ville medføre noen konsekvenser. Samtlige deltakere samtykket skriftlig til å delta. Undersøkelsen er meldt til, og godkjent av personvernombudet ved NSD – Norsk senter for forskningsdata. Lydopptak fra de seks intervjuene og all transkribert tekst relatert til intervjuene er lagret på en datamaskin med kodelås som tilhører UIT Norges arktiske universitet. Lydopptakene vil etter godkjenning av NSD – Norsk senter for forskningsdata, og deltakerne i studien slettes 5.mai 2020.

Det semistrukturerte intervjuets kvalitet avhenger av opparbeidet tillit mellom deltaker og forsker, noe jeg tenker er svært viktig der det forskes på sensitive temaer. I dybdeintervjuene ble det snakket om sensitive tema som berørte de ulike sykepleierne på ulike måter. Jeg forsøkte hele tiden å sørge for å ikke krysse grenser for hvilke spørsmål og

oppfølgingsspørsmål som kunne fremstå støtende eller altfor vanskelige å snakke om. Videre sørget jeg også for å forsøke å ikke presse sykepleierne for informasjon slik at det kunne bli ubehagelig stemning mellom meg som intervjuer og sykepleier som deltaker. Alle deltakerne fikk beskjed om at dialekt ville bli transkribert om til bokmål, og at ingen stedsnavn eller navn på sykehjem ville bli tatt med i studien. Jeg valgte også å ta bort kjønn fra tabellen hvor de ulike deltakerne ble presentert, dette da det kun var en mannlig sykepleier med i studien, og slik jeg ser det kunne det vært mulig å identifisere vedkommende sett i sammenheng med antall år i yrket og antall pasienter på avdelingen. Videre har jeg også utelatt å ta med spesielle medisinske diagnoser og unike sykdomstilstander som har blitt nevnt i de ulike intervjuene. Dette for at enkelte pasienter som har blitt brakt opp i intervjuene ikke skal kunne kjennes igjen i studien.

3.8 Metodiske overveielser

Forskningsmetoden som har blitt valgt har vært av avgjørende for i hvilken grad jeg ville at funnene skulle reflektere studiens forskningsspørsmål. Videre har jeg forsøkt å uttrykke eget perspektiv for forskningsprosjektet, hatt et kritisk syn på egne tolkninger, og evaluert hele studien kritisk, inspirert av Kvale og Brinkmann (2015, s.215-229).

3.8.1 Egen forforståelse

I dette forskningsprosjektet gjøres intervjuene i et felt som er veldig kjent for meg. Gjennom min flerårige yrkeserfaring som sykepleier på skjermet sykehjemsavdeling for personer med demenssykdom, og gjennom min videreutdanning i aldring og eldreomsorg er min egen forståelse for feltet noe som har fulgt meg gjennom hele prosessen. Gadamer skriver at vår forståelse kan fremstilles som fordommer eller teorier mot en sak, disse fordommene kan være fruktbare eller ikke fruktbare. Dette bekreftes av Malterud (2017, s.41-45) som skriver at forforståelsen er den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, allerede før vi starter. Hva vi har med oss i denne ryggsekken påvirker hele veien måten vi leser og tolker vår informasjon på. I beste tilfelle kan vår forforståelse gi styrke til prosjektet, i verste fall kan

forforståelsen føre til at vi bør avbryte prosjektet. Med filosofiske forutsetninger fra fenomenologi, hermeneutikk og sosial konstruksjonisme avviser det fortolkende paradigmet en forestilling uten innflytelse på kunnskapsutviklingen, og det er ikke et spørsmål om hvorvidt forskeren selv påvirker prosessen, men hvordan.

I kvalitative studier skal våre empiriske data på best mulig måte reflektere deltakernes meninger og erfaringer, derfor skal forskeren selv holde seg i bakgrunnen. En gylden regel er at man selv kan lete etter hva en selv må legge til side for å gjengi deltakernes historie på en mest mulig lojal måte. Thornquist (2003) referer til Gadamer som skriver at forskeren må ha et bevisst forhold til sin forforståelse for å unngå å gå inn i et prosjekt hvor det er manglende evne til å kunne lære av materialet. Bevissthet om egen forforståelse kan åpne muligheten for en ny forståelse, og samtidig kan da unngå fallgruver som å trekke konklusjoner ut fra det som allerede finnes av forskning, eller å trekke konklusjoner av egne erfaringer i forskningen. Slik jeg ser det må det være en balanse i intervjuene, jeg som forsker må selv være bevisst min forforståelse og samtidig være åpen for å tilegne meg ny kunnskap gjennom sykepleierens opplevelse og tolkning av virkeligheten. I forkant av intervjuene var jeg bevisst på mitt ansvar om å ikke ta over intervjuene. Jeg syns selv at det til tider var svært utfordrende å forholde seg helt nøytral, og forsøke å bare si «ja» og «ok» og ikke kunne komme med svar som «ja, jeg vet!» og «helt enig» Da jeg lyttet til de seks intervjuene etter transkriberingen, undret jeg meg på om jeg kanskje kunne ventet enda lenger før jeg stilte neste spørsmål, for å være helt sikker på at deltakerne hadde fått fortalt alt de ville fortelle. Videre merket jeg at jeg ble mer og mer trygg underveis, på gjennomføring av hvert intervju, og fikk dessuten en pekepinn på hvordan jeg skulle oppføre meg, hvordan jeg skulle følge opp spørsmål, og jeg ble tryggere på å la deltakerne snakke fritt etter at spørsmålene fra intervjuguiden ble stilt.

3.8.2 Refleksivitet, relevans og validitet

Om kunnskap er vitenskapelig kommer an på hvordan den håndteres og innhentes. Malterud (2017, s. 17-25) presenterer det hun mener er tre grunnleggende betingelser for vitenskapelig kunnskap ved kvalitativ metode, refleksivitet, relevans og validitet. Forskeren skal vise til refleksivitet i arbeidet og i det endelige produktet. Dette gjøres ved å stille spørsmål ved sin

fremgangsmåte og konklusjon. Det er nødvendig å stille seg åpen for tvil, ettertanke og uventede konklusjoner, dette for at forskningsprosessen skal kunne finne frem til noe annet enn det man kanskje så for seg til å begynne med. Slik jeg tolker Malterud (2017, s. 17-25) er det viktig å kunne stille seg selv spørsmålet om hva som gjør at en ser akkurat hva en ser. Hva er mitt utgangspunkt for observasjoner og tolkninger, og hvilke perspektiv har jeg når jeg leser mine data? Når ser sin forkunnskap og sine fordommer kan man vurdere om noe av dette har påvirket kunnskapsutviklingen. Dette kalles bias. Malterud (ibid.) peker på at bias særlig truer muligheten for kritisk refleksjon, når vi tror at vi har eliminert vår egen påvirkning på kunnskapsutviklingen. Refleksivitet vil si at vi hele veien må vurdere vår egen betydning for arbeidet. Jeg har delvis et innenfraperspektiv fordi jeg har jobbet i arbeidsfeltet det forskes i. Dette kan påvirke min analyse og mitt valg av litteratur. Det er ønskelig at andre skal kunne lære noe av forskningsarbeidet vi har utført, vitenskapelig kunnskap skal bringe relevans i form av ny kunnskap som kan brukes til noe. Forskeren må vurdere hvilken rolle hans eller hennes bidrag utgjør. Målet er ikke å gjenta andres funn, men å klare å se noe nytt.

Da problemstillingen er et tema som opptar meg sterkt har jeg jobbet hardt med å korrigere intervjueteknikk og identifisere blinde flekker slik at mine egne meninger ikke bekreftes eller hevdes, dette for å ivareta studiens validitet og reliabilitet. Jeg har eksempelvis vært påpasselig med å ikke legge egen mening i nonverbale uttrykk som høye sukk, gråt og lange stillhetspauser. Videre har jeg stilt meg åpen for alternativer, og lagt bort mine egne meninger om temaet. To ganger kom jeg selv med utsagn i intervjuene som gav litt pekepinn på hvilke tanker jeg selv hadde rundt det aktuelle forskningsspørsmålet og spørsmålene i intervjuguiden. Dette var grunnet stort engasjement om temaet, samt lite intervjuerfaring, under de to første intervjuene. Jeg ble oppmerksom på dette i transkriberingsprosessen og så at de aktuelle intervjuene heldigvis ikke hadde latt seg farge av mine små drypp av innspill.

Malterud (2017, s. 23-25) skriver at ingen kunnskap er allmenngyldig, og at begrepet generaliserbarhet er problematisk. Forskeren må vurdere studiens validitet. Hva sier studien noe om, og på hvilken måte er funnene som er gjort, overførbart utover konteksten det står i? For å vurdere validitet må en gjennomgå hvordan en får frem kunnskapen, eksempelvis om metoden en har brukt er egnet til å få gyldige svar på forskningsspørsmålet. Kunnskapen som kommer frem i denne studien er erfaringskunnskap fra kommunehelsetjenestens demensomsorg. Det ville trolig ikke blitt utvunnet samme kunnskap om forskningen ble gjort i spesialisthelsetjenesten.

3.9 Analyse

Jeg ønsket i min analyseprosess å få formidlet frem sykepleiernes egne stemmer fra når de delte sine opplevelser av utfordrende atferd ved demenssykdom med meg som forsker. Dette er ikke bare relatert til fortolkningsvaliditet, men også for å vise hver enkelt deltaker tillit og vise dem hvordan jeg har brukt min makt til å formidle deres ord ut i oppgaven. Analysen tar utgangspunkt i at jeg forstår noe ut fra min forforståelse, og at jeg har blitt truffet av noe i intervjuene og tydingen av intervjuene. Martinsen og Eriksson (2009, s.19) skriver med referanse til Gadamer at ingenting er evident før det kles i ord og uttales. Evidens betyr å se og innse, noe som hører sammen med å vite. Å se er noe mer enn å bare se, det kan føre med seg innsikt i noe som igjen gir en ettertanke. Å se er knyttet til å lytte, det er å stille seg sansende berørt av noe, og åpent lyttende til det som måtte komme til en, og gjennom ordformingsarbeidet lar seg forme av det en ser og innser. Slik kan det skapes nye tekster som andre kan lese. For å finne ut hvilken spørsmål datamaterialet gav svar på måtte jeg gå gjennom det innsamlede datamaterialet på en systematisk måte, slik at mine funn skulle bli produktet av en hermeneutisk tolkning av tekstene. For å komme dit måtte jeg først ta stilling til hvilken metode jeg skulle bruke i analysen. Jeg valgte først å sette meg inn i Malterud (2017) sin systematiske tekstkondensering (engelsk: Systematic Text Condensation – STC) for å se om den kunne være aktuell. I denne analyseringsprosessen så jeg at Malteruds systematisk tekstkondensering i ren form ikke passet til oppgaven jeg så for meg. Jeg tok deretter en titt på Tjora (2016, s.18) sin stegvis-deduktive induktive metode (SDI) hvor en arbeider i etapper fra rådata til konsepter eller teorier. Denne metoden ble noe omfattende, og jeg valgte derfor å finne min egen måte å analysere på, med inspirasjon fra både Malterud (2017), Tjora (2017), og Martinsen og Eriksson (2009).

Jeg hadde hele tiden problemstillingen i minnet, slik at jeg kunne stille meg åpen for de inntrykkene som materialet formidlet. I analyseringsfasens første trinn leste jeg gjennom de 39 transkriberte sidene med tekst og vurderte underveis mulige temaer uten at prosessen skulle være farget av min egen forforståelse og teoretiske referanseramme. Intervjumaterialet ble gjennomgått og analysert åpent ut fra forskningsspørsmålet «Hvilke personlige opplevelser har sykepleiere i skjermede sykehjemsavdelinger med utfordrende atferd hos pasienter som har demenssykdom?». Jeg satte utsagn fra de ulike intervjuene inn i en tabell på et stort A3-ark. Hver sykepleier (1-6) fikk tildelt sin egen kolonne på arket. De ulike

intervjuene ble lest flere ganger, og utsagn og tema som gjentok seg i flere intervju ble markert med ulike fargekoder. Først og fremst ville jeg finne ut av hva de enkelte sykepleierne faktisk fortalte om sine opplevelser med utfordrende atferd ved demenssykdom. Her fikk enkelte deler av intervjuene både mer og mindre betydning enn annet. Jeg la vekt på hva de ulike deltakerne selv ønsket å formidle, for å se hva som berørte dem i øyeblikket, og hvilke opplevelser de har hatt med utfordrende atferd ved demenssykdom. Noe som viste seg overraskende for meg var at alle intervjuene viste at det ikke bare er utfordrende atferd ved demenssykdom som oppleves utfordrende i arbeidshverdagen på skjermede sykehjemsavdelinger, jeg valgte derfor å ta med videre i oppgaven hva som spesielt oppleves utfordrende for sykepleiere i deres arbeidshverdag.

Tjora (2017, s.197-198) skriver at i SDI-modellen opereres det kun med ett nivå av koder, hvor det holdes fast ved en ren induktiv strategi. Målet med kodingen er å ekstrahere essensen i det empiriske materialet, å redusere materialets volum, samt å legge til rette for idègenerering på basis av detaljer som fremkommer i empirien. Kodene skal ligge tett på deltakerutsagn og ivareta det helt spesifikke i materialet. Her kan det godt brukes ord eller fraser fra materialet som stikker seg ut, eksempelvis stemningsfulle ordvalg og virkningsfulle substantiver. Jeg tenker at sykepleiernes utsagn som koder er gode knagger for forskerens hukommelse, slik at koblingen mellom empirisk materiale og kode kan ivaretas som en refleks ved at man kan lese koden og se for seg deltakerens ansikt idet han eller hun fortalte det empiriske grunnlaget for koden. Jeg startet her med å opprette koder gjennom å bruke sykepleiernes egne setninger og utsagn.

Jeg valgte i neste trinn, etter Malterud (2017, s.101) sin anbefaling, å identifisere meningsbærende enheter. I denne fasen skal relevant tekst skilles fra irrelevant, og den teksten som kan belyse vår problemstilling skal sorteres. Her vil altså meningsbærende enheter være tekst som bærer med seg kunnskap om ett eller flere av fortellingene fra første trinn, som sier noe om sykepleieres egne opplevelser i møte med utfordrende atferd hos personer med demenssykdom i sykehjem.

Tabell 2

Hva forteller sykepleierne om? (koder)	Meningsbærende enheter	Overordnet tema
<p><i>«Når en pasient slår eller er vanskelig å gi beskjed. Når man må unngå slag og sånt fra pasienten. Og når de med dårlig impuls kontroll plutselig slår og sparker ... Alle våre pasienter har jo psykiske problemer, depresjon, angst, psykoser»</i></p> <p>Sykepleier 1</p> <p><i>«Hallusinasjoner, og vrangforestillinger som kommer frem gjennom utagering mot gjenstander ... Pasienter med sterk angst som er veldig kontaktsøkende»</i></p> <p>Sykepleier 3</p>	<p>Ulike opplevelser av utfordrende atferd ved demenssykdom</p>	<p>Å være sårbar</p>
<p><i>«Jeg har også opplevd at jeg har fått juling. Jeg ble lugget, jeg har blitt spyttet på, sparket, fikk slag i ansiktet og slag samtidig over begge ørene slik at jeg ble veldig svimmel»</i></p> <p>Sykepleier 5</p> <p><i>«Så tar hun tak i håret mitt, og der holder hun. Hun var ganske hardhendt, hun lugget ordentlig. Og der satt jeg på kne og tørket melk. Jeg ba henne slippe, sa «Vær så snill, vær så snill og slipp meg». Det var vondt»</i></p> <p>Sykepleier 6</p>	<p>Opplevelser av å bli påført smerte</p>	<p>Å være sårbar</p>

<p><i>«Det å tvinge han inn på rommet og ned i senga for å sette et suprapubisk kateter på han syns jeg var ganske forferdelig. Konsekvensene hvis vi ikke gjorde det var jo mye høyere og det ville vært mer utfordrende for han å dra helt til UNN i ambulanse. Det var så brutalt altså» Sykepleier 3</i></p> <p><i>«Vi må jo holde pasienten fast. Sist gang sa jeg at jeg skal aldri gjøre det mer. Men det er jo jobben min, så jeg må jo gjøre det» Sykepleier 4</i></p>	<p>Å bruke tvang</p>	<p>Å være sårbar</p>
<p><i>«(Navn) kommune har ikke penger. (Navn) kommune pålegger oss å drive fagutvikling, sikre pasienter og ansatte, men det skal ikke koste en eneste krone. Så hvis jeg skal mene noe om det, så er det at det koster å få kvalitet inn ... Da kan vi ikke operere som vi gjør i dag, der vi har ansatt både bussjåfører, snekkere og kokker. Ja, det er jo det vi har» Sykepleier 2</i></p> <p><i>«Tror ikke det er noe system for oppfølging. Da må man liksom sette i gang et maskineri med HMS og ja. Nei, det er liksom akseptert at det er sånn i sykehjem» Sykepleier 6</i></p>	<p>Utfordringer på arbeidsplassen</p>	<p>Å være sårbar</p>

Tjora (2017, s.203) hevder at et sett av koder som bare kunne vært generert fra empirien og ikke på forhånd, og som presist gjengir en detalj fra empiriske data, er god koding innenfor SDI-rammeverket. Jeg valgte å bruke sykepleiernes egne uttalelser som koder. For meg var det viktig å se og innse hva som fremkom i teksten som kunne bidra til å gi svar på min problemstilling. Ut fra kodene jeg fant i de seks sykepleierne sine fortellinger, kom jeg frem til at analysens meningsbærende enheter ville bli følgende fire områder: «Ulike opplevelser av

utfordrende atferd ved demenssykdom)», «Opplevelser av å bli påført smerte», «Å bruke tvang» og «Utfordringer på arbeidsplassen». Jeg forespurte en annen forsker om å se gjennom den transkriberte teksten sammen med meg, og fikk dermed bekreftet med andre øyne at kodene jeg hadde funnet var relevante og gyldige. I analysen var det viktig å se hva som stiger frem i teksten som kunne bidra til å gi svar på min problemstilling. I siste del av analyseringsprosessen forsøkte jeg å se og innse hva som er et felles overordnet tema for de fire meningsbærende enhetene jeg hadde kommet frem til i analyseringsprosessen, og ser og innser at temaet «Å være sårbar» kan passe som overordnet fokusområde for alle meningsbærende enheter som igjen er basert på koding ut fra deltakernes egne fortellinger.

4 Funn

Det ble i analysen gjort funn av følgende fire meningsbærende enheter

«Opplevelser av utfordrende atferd ved demenssykdom», «Opplevelser av å bli påført smerte», «Å bruke tvang» og «Utfordringer på arbeidsplassen». Videre ble det overordnede temaet i studien «Å være sårbar».

4.1 Opplevelser av utfordrende atferd ved demenssykdom

4.1.1 «All atferd er kommunikasjon»

De fleste deltakerne i min studie ser på utfordrende atferd som uttrykk for kommunikasjon og ulike behov, og synes det er vanskelig når man ikke klarer å forstå hva pasienten prøver å uttrykke.

«...fordi at for meg så har jeg litt problemer med å forstå egentlig hva vi snakker om når vi snakker om utfordrende atferd. Fordi vi har ikke klargjort for hvem, hvem er atferden utfordrende for? Samtidig som at jeg har en oppfatning av at all atferd er kommunikasjon, og vi må da se på hva som ligger bakenfor denne atferden for å forstå om den er utfordrende eller ikke» Sykepleier 2

En annen sykepleier sier at hun tenker at pasienten ikke forstår eller klarer å uttrykke seg.

«Jeg tenker jo at utfordrende atferd er et tegn på at pasienten prøver enten å si fra om noe, et behov. Eller prøver å kommunisere ut noe de ikke klarer å uttrykke. For eksempel som et resultat av at de ikke forstår stellesituasjonen eller at de har smerter de ikke klarer å uttrykke» Sykepleier 3

Samme sykepleier forteller at hun forventer utfordrende atferd ved demenssykdom.

«Utfordrende atferd for meg må jo være at man ser at noe plager pasienten. For meg så er det en atferd man må forvente med demenssykdom, man må ikke forvente at pasienten skal takle hverdagslige ting som en frisk person gjør» Sykepleier 3

Samtidig oppleves utfordrende atferd ulikt fra sykepleier til sykepleier. Ved spørsmål om hva som oppleves som utfordrende atferd for den enkelte sykepleier, har jeg fått ganske like svar, men uttrykt på forskjellige måter.

«Det er den atferden som er utfordrende og vanskelig å takle» Sykepleier 1

Videre sier samme sykepleier at det oppleves utfordrende når en pasient slår, og en må unngå slag fra pasienten som kanskje også har dårlig impuls kontroll. Sykepleieren sier også at alle hans pasienter har psykiske plager i forbindelse med sin demenssykdom.

«Når en pasient slår eller er vanskelig å gi beskjed. Når man må unngå slag og sånt fra pasienten. Og når de med dårlig impuls kontroll plutselig slår og sparker ... Alle våre pasienter har jo psykiske problemer, depresjon, angst, psykoser» Sykepleier 1

En annen sykepleier bekrefter at utfordrende atferd kan være pasientens psykiske plager, og påpeker det faktum at pasientene motsetter seg helsehjelp.

«Det som kan gjøre det ugreit for meg å gå inn i en situasjon der pasienten har det fryktelig ugreit, det kan jo være der pasienten er til fare for seg selv eller omgivelsene. Men en vel så utfordrende atferd er jo de pasientene som opplever en stor angst, dyp depresjon, de som motsetter seg helsehjelp i form av at de nekter å ta sine medisiner, at de avviser all form for hjelp ... Der vi ikke når inn til pasienten. Og når det da er iblandet demens og kognitiv svikt så syns jeg det er ekstra utfordrende» Sykepleier 2

Samme sykepleier opplevde også lang latenstid hos en pasient, som utfordrende atferd. Utfordrende i den forstand at pasienten sjeldent fikk uttrykt seg.

«Det var absolutt en utfordrende atferd for oss, og også for han. For han fikk jo ikke nødvendigvis formidlet seg. Til noen rundt seg. For alle var jo gått videre til neste spørsmål, eller kanskje gått ut av rommet» Sykepleier 2

En annen sykepleier opplevde videre at sinne, frustrasjon og apati kunne være utfordrende atferd.

«Sinne, frustrasjon ... Alt fra angst, depresjon, aggresjon. Men også kan utfordrende atferd være apati. Jeg tenker det er et veldig mangfoldig uttrykk da» Sykepleier 3

Denne sykepleieren opplevde også hallusinasjoner og vrangforestillinger som utfordrende, videre også pasienter med sterk angst.

«Hallusinasjoner, og vrangforestillinger som kommer frem gjennom utagering mot gjenstander ... Pasienter med sterk angst som er veldig kontaktsøkende» Sykepleier 3

Aggressivitet, sinne, biting, sparking, klyping og uro hos pasientene oppleves som utfordrende. Videre oppleves det utfordrende når pasienten står ved døra og vil ut, samt når samme spørsmål blir stilt gjentatte ganger.

«Det er jo aggressivitet, uro i forhold til andre ting som skaper uro på avdelingen. Pasienter som står ved døra og vil ut hele tiden At pasientene blir sint, spytter, biter, sparker, klyper. Også er det jo denne uroen. Mye vandring. Og når korttidshukommelsen er helt borte, og de stiller de samme spørsmålene om og om igjen» Sykepleier 4

En sykepleier opplever det vanskelig når pasienten ikke forstår situasjonen de er i.

«Vi jobber jo med pasienter med demens. Noen er veldig lett å snakke med, mens andre er veldig vanskelig å snakke med. De forstår nesten ingenting. Det er den som er veldig utfordrende, hvordan de takler situasjonene. Når vi skal stille dem og alt det ... Det er veldig vanskelig når pasienten ikke forstår, og de ikke har samtykkekompetanse» Sykepleier 5

Samme sykepleier opplever det også utfordrende at pasienter med demenssykdom tror at hun er et barn, og dermed ikke respekterer henne som en voksen kvinne.

«Det er spesielt utfordrende når pasientene tror jeg er et lite barn. De tror jeg er en liten unge, en «drittunge» som de pleier å si ... Sånt skjer, de er jo pasienter ... De er syke, så vi godtar det bare. For det er jo vi som vil ha denne jobben» Sykepleier 5

En sykepleier synes videre at seksuell trakassering, gjentakende ukvemsord og det å bli snakket nedsettende til er utfordrende atferd i avdelingshverdagen.

«Utagering, fysisk utagering. Seksuell trakassering ... Når det er gjentakende ukvemsord, banning, å bli kalt. Når du får høre at du ikke duger, at man blir snakket nedsettende til» Sykepleier 6

I tillegg til ulike opplevelser av utfordrende atferd hadde flere av sykepleierne opplevd å bli påført smerte av pasienter med demenssykdom

4.2 Opplevelser av å bli påført smerte

Flere av deltakerne i min studie beskrev i intervjuene hvordan de hadde blitt utsatt for hendelser som spark, slag, lugging, spytting, klyp, roping, å bli skjelt ut med ukvemsord, mobbet for utseende, samt seksuell trakassering.

4.2.1 «Man blir så vant til å stå i det at det blir en del av normalen»

Flere av sykepleierne fortalte at de hadde opplevd å bli påført fysiske og psykiske skader fra i de skjermede sykehjemsavdelingene de jobber på.

«Jeg har selv blitt skadet på jobb på grunn av pasientsituasjoner da» Sykepleier 2

En av sykepleierne fortalte om en ekstrem episode der politiet måtte bli tilkalt til avdelingen for å roe ned en pasient med aggressiv atferd som skapte mye frykt hos medpasienter.

«Det var en mann. Han veltet alt, rev ned bilder fra veggen og kastet dem på gulvet og overalt. Mat ble kastet bort. Beboerne på den avdelingen var veldig redde for han ... For han var sånn at alt han så ville han kaste rundt seg. Og han var en veldig stor mann, veldig vanskelig å håndtere. Det var vanskelig å skulle snakke med han, for han var så sint. For at vi skulle få til å takle han, måtte vi ringe

politiet. Og de kom og hadde med seg skjold som beskyttelse. Så måtte de presse han inn til veggen slik at jeg fikk gitt han en sprøyte med beroligende» Sykepleier 5

Samme sykepleier beskrev hvordan hun også hadde gått gjennom en episode med grov mishandling fra en pasient

«Jeg har også opplevd at jeg har fått juling. Jeg ble lugget, jeg har blitt spyttet på, sparket, fikk slag i ansiktet, og slag samtidig over begge ørene slik at jeg ble veldig svimmel» Sykepleier 5

En annen sykepleier fortalte hvordan hun opplevde det krenkende å bli lugget hardt og lenge, mens hun sto på kne og tørket opp melk fra gulvet etter at en pasient hadde sølt.

«Så tar hun tak i håret mitt, og der holder hun. Hun var ganske hardhendt, hun lugget ordentlig. Og der satt jeg på kne og tørket melk. Jeg ba henne slippe, sa «Vær så snill, vær så snill og slipp meg». Det var vondt» Sykepleier 6

Over halvparten av studiens deltakere har opplevd, og opplever fortsatt å kunne grue seg til å gå på jobb i perioder med spesielt tøffe pasientsituasjoner.

«I perioder der man har hatt spesielle utfordringer med pasienter, at de har vært utagerende eller de går inn i en vanskelig fase av demenssykdommen. En dårlig periode. Og at man har litt vanskelig for å hjelpe pasienten ... Da kan man grue seg litt til å gå på jobb, fordi man vet hva man møter, og man føler seg litt rådløs på hvordan man kan hjelpe pasienten» Sykepleier 3

Samme sykepleier sier at det sliter psykisk på henne å ikke ha den tiden man trenger til å følge opp pasienter som trenger en-til-en kontakt.

«Pasienter med sterk angst og som er veldig kontaktsøkende. Som man prøver å hjelpe og ha tid til, men ikke har tid til i en hektisk hverdag, som man skulle ønske når pasienten ønsker en-til-en kontakt. Det sliter psykisk, det gjør det absolutt. Og det er det flere kollegaer som har sagt. At det er derfor de gruer seg til å gå på jobb i dårlige perioder» Sykepleier 3

En av sykepleierne fortalte at hun i lengre tid slet med nakkestivhet og smerter, men at det forsvant når en bestemt pasient flyttet fra den skjermede sykehjemsavdelingen.

«...i den perioden var jeg plaget med at det strammet seg i nakken. At jeg hadde smerter. Og det var ikke før en stund etter at pasienten var borte fra avdelingen at jeg merket at jeg ikke hadde smerter mer. Man blir så vant til å stå i det at det blir en del av normalen» Sykepleier 6

Flere av sykepleierne gruet seg også til å gå på jobb i perioder med mange tvangsvedtak i sykehjemsavdelingen de jobber på.

4.3 Å bruke tvang

Flere av sykepleierne i studien fortalte at noe av de synes er mest vanskelig i sin arbeidshverdag er å måtte utføre ufrivillig tvang i situasjoner der pasienten motsetter seg helsehjelp.

4.3.1 «Konsekvensene hvis vi ikke gjorde det var jo mye høyere»

Oftest oppstår bruk av tvang i forbindelse med stell av pasientenes kropp, og da spesielt stell av intimsoneer som bryst og underliv, og dersom pasienten er tilgriset nedentil av urin og avføring. En sykepleier beskriver hvordan hun opplever å måtte utføre tvang i stell.

«Tvangsstell er ganske tøft for både pasient og pleier. Vi er flere stykker som må holde. Og pasienten blir så fortvilet at hun sparker og slår. Og hun biter, så jeg ble bitt i hånda slik at jeg fikk et blåmerke» Sykepleier 4

Samme sykepleier forklarer hvordan hun skjelver i hendene, og tenker på tvangsbruken i etterkant av situasjonen.

«Etter et stell, et sånt stell, så blir jeg skjelven i hendene. Det er følelsesmessig tøft. Fysisk og psykisk tøft ... Og det er ikke alltid at alle pleierne holder like godt fast, så du kan fort få deg en knyttneve, eller du kan bli sparket etter ... Også går man jo og tenker på det, faktisk i mange timer etterpå. Av og til går man hjem fra jobb, og tenker på det hjemme også» Sykepleier 4

En annen sykepleier opplever også å bli skjelven på hendene etter bruk av tvang i stell.

«Og jeg blir skjelven. Jeg blir helt sånn, ikke deprimert, men jeg blir veldig lei meg. For tenk hvis vi kunne hjulpet dem uten å bruke denne tvangen ... Jeg skjelver, blir lei meg. All energien blir brukt opp. Hver gang vi har tvangsvedtak på pasienter, da gruer jeg meg hver gang jeg skal på jobb» Sykepleier 5

Samme sykepleier forteller at hun opplever at pasienter kan huske bruk av tvang i stellesituasjoner.

«For i dag da, så har jeg stelt pasienten som har tvangsvedtak. Og hun spurte meg om det var trygt her, på badet hennes ... Så det virket som om det var noe som satt fast i hodet hennes, at hun husker at det blir brukt tvang på henne. At vi noen ganger har vært mange der som har holdt henne fast. Og at det kan være utrygt på det rommet. For hun ville hele tiden sjekke, se seg bak ryggen om det var noen andre der» Sykepleier 5

En sykepleier beskrev hvordan hun med bruk av tvang måtte sette et nytt suprapubisk kateter på en pasient som selv hadde revet det ut, samt hvorfor hun valgte å raskt sette inn et nytt. Denne sykepleieren reflekterte også rundt det etiske aspektet der pasienten eventuelt måtte sendes lang vei i ambulanse til sykehuset for å få satt inn nytt kateter.

«Det å tvinge han inn på rommet og ned i senga for å sette et suprapubisk kateter på han syns jeg var ganske forferdelig. Konsekvensene hvis vi ikke gjorde det var jo mye høyere og det ville vært mer utfordrende for han å dra helt til UNN (Universitetssykehuset Nord Norge) i ambulanse. Det var så brutalt altså» Sykepleier 3

To uavhengige sykepleiere fortalte om hvordan de må gjennomføre tvangsstell av pasienter daglig, da pasientene kan være tilgriset av urin og avføring og motsetter seg helsehjelp i form av hygienetiltak. Den ene sykepleieren syns det var ubehagelig å stå i, og gruet seg til om det kunne skje igjen.

«Jeg opplever det oftest i stellesituasjoner ... Man går jo ikke hjem fra jobb med en god følelse etter en slik dag ... Jeg gruet meg jo nesten til om det skulle skje igjen, det var jo så ubehagelig. En ubehagelig situasjon å stå i» Sykepleier 3

Den andre sykepleieren uttrykte at hun hadde sagt at hun aldri skulle utføre tvang mer.

«Vi må jo holde pasienten fast. Sist gang sa jeg at jeg skal aldri gjøre det mer. Men det er jo jobben min, så jeg må jo gjøre det» Sykepleier 4

En annen sykepleier gråt og fortalte at hun syns det er vanskelig å utføre tvang, fordi hun ville ikke gått gjennom det selv, og ser også for seg hvordan det ville vært om det var hennes egne foreldre som ble utsatt for denne tvangsbruken.

«Det er ikke greit for meg å bruke tvang i stell. Spesielt når pasienten er ung. Det er ikke greit for pasienten og det er ikke greit for oss. Den følelsen er så vanskelig. Iblant føles det som om vi behandler dem som i et fengsel. Jeg tenker på hvis noen skulle behandlet mine foreldre, min mor og far, på den måten. At de skulle bli tvunget til å gjøre ting. Uff, når jeg blir gammel vil ikke jeg ha det sånn. Jeg vil heller dø med en gang enn å skulle bli vanskelig å håndtere» Sykepleier 5

Samtlige deltakere forteller at det gir dem en god følelse å få til å stelle og gi helsehjelp til pasienter uten å måtte bruke tvang. Flere sykepleiere fortalte om gleden og mestringsfølelsen av å gjennomføre et stell hos en pasient som har tvangsvedtak, uten å måtte bruke tvang i det hele tatt. En sykepleier forteller at hun bevisst unngår bruk av tvang i stellesituasjoner. Dersom pasienten ikke vil stelles så tvinger hun ikke pasienten til det, men venter heller en stund før hun prøver igjen.

«Jeg presser ingen i stell. Du ser det fort. Hvis de ikke ønsker, lar jeg vær. Så venter du. Prøver heller igjen litt senere» Sykepleier 6

Å prøve igjen litt senere kan noen ganger la seg gjøre, andre ganger blir det ikke tid til det. En annen utfordring som sykepleierne la vekt på å snakke om er blant annet tidsressurser i sykehjemsavdelingene.

4.4 utfordringer på arbeidsplassen

I de ulike intervjuene fremkom det at sykepleierne opplever store utfordringer på arbeidsplassen. Det savnes økt bemanning og økt kunnskap om demenssykdom hos personell i de skjermede sykehjemsavdelingene. Ingen av sykepleierne i studien hadde vært sykemeldt etter episoder med utfordrende atferd i avdelingen, alle sykepleierne hadde derimot kollegaer som har vært sykemeldte etter episoder med utfordrende atferd i avdelingen. Flere av sykepleierne hadde sykemeldte kollegaer da intervjuene ble gjennomført.

4.4.1 «Det er liksom akseptert at det er sånn i sykehjem»

En av sykepleierne fortalte at kommunen pålegger dem å drive med fagutvikling og kvalitetssikring, uten å ha råd til å bidra til dette økonomisk. Kompetanseutvikling og kvalitetssikring koster penger og bør bli sett på som en investering og prioritet.

«(Navn) kommune har ikke penger. (Navn) kommune pålegger oss å drive fagutvikling, sikre pasienter og ansatte, men det skal ikke koste en eneste krone. Så hvis jeg skal mene noe om det, så er det at det koster å få kvalitet inn ... Da kan vi ikke operere som vi gjør i dag, der vi har ansatt både bussjåfører, snekkere og kokker. Ja, det er jo det vi har» Sykepleier 2

En annen sykepleier ønsker seg ukentlige refleksjonsmøter for å kunne ha pasientgjennomgang, og diskutere hvordan de ansatte kan møte utfordrende atferd ved demenssykdom på best mulig måte. Hun føler at pleierne på hennes avdeling om mulig må håndtere like mye fysisk utagering som på en psykiatrisk avdeling i spesialisthelsetjenesten.

«Så syns jeg jo generelt sett i kommunehelsetjenesten at man har for lite oppfølging, fordi man ikke jobber på samme måte som i psykiatrien hvor man har refleksjonsmøter ukentlig. Det har jo ikke vi her, og det er ikke lagt opp til det heller. Og det er noe jeg føler mangler med tanke på at vi jobber vel så mye med utfordrende atferd og fysisk utagering her ... Man føler jo iblant at en ikke jobber på sykehjem, men at man jobber i tung psykiatri» Sykepleier 3

Det ble i flere intervjuer belyst at det er viktig at de som jobber på skjermede sykehjemsavdelinger må ha kunnskap om demenssykdom og utfordrende atferd.

«Det er viktig at de som jobber her, vikarer eller ikke, må ha kunnskap om demens. Vite hvordan man takler utfordrende atferd. At de som jobber på demensavdelinger med psykiske lidelser og utfordrende atferd, at de har kunnskap» Sykepleier 5

En sykepleier har flere ganger opplevd å bli tilkalt til en annen avdeling, hvor situasjonen kunne ha vært unngått dersom pasienten hadde blitt ivaretatt på en annen måte.

«Iblant blir man tilkalt til andre avdelinger på grunn av utfordrende atferd, at personalet ikke klarer å håndtere det. Så kan man gå inn og se at dette kunne vært forebygget, situasjonen kunne vært løst på en annen måte. Personalet kunne hatt en annen holdning mot pasienten» Sykepleier 6

I tillegg til mer kompetanse til sykehjemsavdelingene, ønsker sykepleierne seg økt bemanning. Alle de seks sykepleierne i studien pekte på at økt bemanning er den viktigste

faktoren for å forebygge utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom i skjermede sykehjemsavdelinger. Flere av sykepleierne observerer også økt bruk av behovsmedisin i form av beroligende medikamenter når pasienter som trenger en-til-en oppfølging ikke får den omsorgen de trenger i øyeblikket.

«Ikke spar på bemanning. Fordi vi har mange pasienter som trenger en-til-en oppfølging. Og når de ikke får det, så blir det mer bruk av behovsmedisin. Sobril. Jeg synes det er mye bedre å bruke miljøtiltak foran medisiner. Et miljøtiltak er å øke bemanningen. Men de sparer i kommunen»

Sykepleier 1

En annen sykepleier peker på at økt bemanning kan bidra til å forebygge utfordrende atferd i de skjermede sykehjemsavdelingene, samt forhindre belastning på personalet som allerede er på jobb.

«Bemanning er den viktigste faktoren for å forebygge utfordrende atferd. For hvis vi har noen sammen med pasientene, så klarer man ofte å forebygge noe i forhold til de situasjonene hvor det ikke er en pleier tilstede for å avlede eller gjøre miljøterapi. Vi har jo flere pasienter som trenger en-til-en oppfølging, men ikke får det her da. Konsekvensen for pasienten blir jo at han eller hun ikke har det så bra som de kunne ha hatt det. Det skaper jo mer utfordrende atferd, mer medisinbruk, mer behovsmedisinbruk, generelt en dårligere livskvalitet. Og for oss så skaper det jo en større belastning.

Absolutt» Sykepleier 3

En sykepleier synes det er ganske tøft å gå på vakter med lite bemanning.

«Vi kunne jo fått litt flere folk på jobb. Vi er jo bare to i helgene og på kveldene, på dagvakt i ukedagene er vi tre ... Kom inn til oss noen aftenvakter og dagvakter for å se. For det er ganske tøft å stå i det» Sykepleier 4

En annen sykepleier belyser at pasienter ofte slåss med hverandre når de er overlatt til seg selv på den skjermede sykehjemsavdelingen, sykepleieren har et ønske om å bli sett av ledelsen.

«Mer bemanning. Det er det vi trenger. Fordi det er mange ganger når vi er på jobb at pasientene slåss med hverandre når vi ikke er tilstede. Så fort vi snur ryggen til, så begynner noen å krangle ... Også håper jeg at de i ledelsen kan se oss, kanskje besøke oss og jobbe litt, slik at de ser hverdagen vår» Sykepleier 5

Forebygging av utfordrende atferd pekes også på av neste sykepleier. Hun sier også at tilstedeværelse av pleiere gjør at en ikke trenger å møte vanskelige situasjoner alene.

«Det er kun tilstedeværelse som kan være med på å kanskje forebygge utfordrende atferd, men også at man ikke trenger å stå i det alene» Sykepleier 6

Samme sykepleier forteller at på nattevakt er det en pleier som har ansvar for atten demenssyke pasienter, fordelt på to avdelinger, på hennes arbeidsplass.

«Vi er tre ansatte på dagvakt i ukedagene, to ansatte på kveld. Og to pleiere i helgene. På nattevakt er det en pleier som har atten pasienter fordelt på to avdelinger. Det er for lite på en skjermet sykehjemsenhet» Sykepleier 6

Sykepleierne uttrykker at arbeidshverdagen ofte kan oppleves frustrerende. Fem av seks sykepleiere savner å bli ivaretatt av arbeidsplassens ledelse etter hendelser med utfordrende atferd i avdelingen. En sykepleier forteller at de selv må ta initiativ til samtale med ledelsen etter vanskelige opplevelser med utfordrende atferd i avdelingen, og at det er flere kollegaer som ikke tør å snakke med ledelsen om sine opplevelser.

«Det blir kollegaer vi snakker mest med. Vi kan skrive avvik og snakke med leder. Det blir da slik at vi må ta eget initiativ til samtale. Jeg forstår at det er flere som ikke tør å prate om dårlige opplevelser. Da blir det også ekstra vanskelig» Sykepleier 1

Kun en sykepleier i studien forteller at de har en oppfølgingsplan når det gjelder ansatte som har vært involvert i vanskelige situasjoner, på hennes arbeidsplass.

«Vi har en beredskap som tar vare på de som har vært involvert i voldsomme hendelser eller vanskelige situasjoner» Sykepleier 2

En annen sykepleier kan ikke huske at hun eller noen av hennes kollegaer har fått oppfølging etter vanskelige situasjoner med utfordrende atferd i den skjermede sykehjemsavdelingen hun jobber på.

«Jeg kan ikke erindre at vi har fått oppfølging. Vi snakker jo om det, men ikke noe i forhold til de som er ledere her. Ikke noe der, nei. Men vi snakker jo oss pleiere imellom, om hvordan vi opplever det. Veiledning vil jeg ikke kalle det for ... Vi snakker om det vi opplever, for det er jo flere som opplever det sånn. Det er jo faktisk noen som begynner å gråte når man snakker om det» Sykepleier 4

Flere av de andre sykepleierne har heller ikke opplevd å få oppfølging fra ledelsen etter episoder med utfordrende atferd i de skjermede sykehjemsavdelingene.

«Alle sammen er vi flinke til det på jobb, på avdelingen. At vi spør hverandre hvordan det går. Vi snakker om følelsene våre ... men hvis du snakker om avdelingsleder, så nei. Vi gir beskjed. Vi går og sier fra til ledelsen. Vi går og sier fra. Men oppfølging, at de skal spørre oss hvordan det går. Nei»

Sykepleier 5

En annen sykepleier tror ikke det fins et system for oppfølging av vanskelige situasjoner med utfordrende atferd på hennes arbeidsplass.

«Tror ikke det er noe system for oppfølging. Da må man liksom sette i gang et maskineri med HMS og ja. Nei, det er liksom akseptert at det er sånn i sykehjem» Sykepleier 6

Samme sykepleier ønsker at ledelsen kunne kommet inn og jobbet litt i avdelingen for å se for et stort press de ansatte på henne avdeling jobber under.

«Kanskje ledelsen kunne ha trengt seg noen dager for å hospitere litt i avdelingen. Og se hvordan det foregår. Og se hvordan det er, spesielt på kveldstid. Og også på natt. For å få kjenne på kroppen hvordan det er. For det er fort gjort å glemme når man kler på seg lederskoene og har et budsjett å holde» Sykepleier 6

Alle sykepleierne fortalte at de ivaretar og støtter hverandre i perioder med mye utfordrende atferd i avdelingen de jobber på. Stort sett alle sykepleierne opplevde arbeidsmiljøet mellom kollegaene på avdelingen som utelukkende positivt. Kun to sykepleiere sa at de tidvis har konflikter i arbeidsmiljøet på sin avdeling.

En sykepleier opplever at de ansatte tar ansvar for hverandre i arbeidshverdagen.

«Slik som jeg oppfatter det, så er det et godt arbeidsmiljø på avdelingen. Der man tar ansvar for hverandre, sikrer at vi er trygg på jobb alle sammen. For å kunne gjøre dette må vi tilbringe tid sammen. Vi må bli kjent med hverandre for å knytte de relasjonene som gjør at vi tar ansvar. Også når det blir vanskelig» Sykepleier 2

En annen sykepleier påpeker at kommunikasjon og samarbeid er viktig i avdelingen.

«Vi kommuniserer mye med hverandre og samarbeider gjennom dagen. Og når man står i noe sammen, man har jo perioder på avdelingen som er mer krevende enn andre, så får man jo et tett forhold til de andre ... Så jeg vil si at jeg opplever at vi har et godt arbeidsmiljø på avdelingen»

Sykepleier 3

Kollegasamhold over lang tid påpekes som viktig av neste sykepleier, som ikke hadde jobbet på den skjermede sykehjemsavdelingen nå, hvis det ikke hadde vært for kollegastøtten hun opplever.

«Jeg tror vi har et fint samhold, vi på avdelingen. De fleste av oss har jobbet sammen i mange, mange år, og kjenner hverandre godt. Hadde det ikke vært for kollegaene mine, så hadde jeg ikke jobbet her i dag» Sykepleier 4

En annen sykepleier sier at arbeidsmiljøet går litt opp og ned, men at de ansatte samtidig støtter hverandre i vanskelige situasjoner på avdelingen.

«Det går i bølgedaler, det må jeg si. Vi støtter hverandre i vanskelige situasjoner. Det er takhøyde for å si fra at «jeg ønsker ikke gå dit i dag, jeg synes det har vært tøft» ... Noen hadde sikkert hatt godt av å gjøre noe annet. Og noen trives veldig godt» Sykepleier 6

En sykepleier forteller at det oppleves vanskelig å gå på jobb i perioder med mange sykemeldte kollegaer, eller når kollegaer ikke jobber effektivt.

«Når en pasient har utfordrende atferd blir det uro i avdelingen. De (kollegaer) vil heller gå på jobb når alt er på plass. Særlig når det kommer en ny pasient så er det mange ting å få på plass. Og jeg skjønner at de andre ikke er med på det. Det var i den perioden at mange sykemeldte seg. Det var nesten utrivelig å gå på jobb i den perioden ... Det er tøft å ha en kollega som ikke jobber ordentlig, synes jeg» Sykepleier 1

Det oppleves sårbart når en står alene som sykepleier i den skjermede sykehjemsavdelingen. Sykepleierne er avhengige av hverandre for at avdelingshverdagen skal oppleves så bra som mulig.

5 Diskusjon

5.1 Opplevelser av utfordrende atferd ved demenssykdom

Utfordrende atferd diskuteres i dette kapittelet ut fra beskrivelser av utfordrende atferd som har kommet til uttrykk via fysiske, psykiske, verbale og seksuelle tilnærmelser fra pasienter med demenssykdom mot sykepleierne i min studie

En stor del av deltakerne i min studie ser på utfordrende atferd som forventet atferd ved demenssykdom, og som et uttrykk for kommunikasjon og ulike behov. Sykepleierne i studie opplevde det som vanskelig når de ikke klarer å forstå hva den demenssyke pasienten prøver å uttrykke. Thornquist (2003, s.128) refererer til Merleau-Ponty som hevder at kroppslige uttrykk ikke bare er noe «ytre» som er forårsaket av «indre» sjelelige prosesser. Det uttrykte og uttrykket kan vanskelig skilles, og det er en smidighet mellom kropp og følelser. Følelser er i ansiktet og i gestene. Dette vil slik jeg ser det også gjelde hos pasienten med demenssykdom som viser utfordrende atferd i skjermede sykehjemsavdelinger. Følelsene er i den demenssykes ansikt og gester, det være seg i et gyllent øyeblikk eller i en situasjon der utfordrende atferd utøves. Støback (2015) viser til Gadamer (2012) og skriver at å forstå er ingen enkel sak. Det er viktig å skille ut fruktbare fordommer fra de som er ufruktbare. Her kan en ufruktbar fordom kan være at pasienter med demenssykdom, som er urolige og kanskje også viser aggresjon, er vanskelige pasienter. Vi legger dermed ansvaret på den demenssyke pasienten i situasjonen. Denne fordommen fra sykepleiers side kan gjøre tilnærming til den demenssyke pasienten vanskelig, også i situasjoner hvor det ikke er uro. En fruktbar fordom kan være at all uro hos pasienter med demenssykdom har en årsak. Jeg ser ut fra resultatene i min studie at alle deltakerne hadde fruktbare fordommer som så på utfordrende atferd som et uttrykk for at pasienten vil dem noe.

5.1.1 All atferd er kommunikasjon

En av sykepleierne uttrykte at all atferd er kommunikasjon, og at vi må se på bakenforliggende årsaker til atferden for å forstå om den er utfordrende eller ei. En annen sykepleier mente at utfordrende atferd er et tegn på at pasienten prøver å si fra om et behov,

eller kommunisere ut noe som han eller hun ikke klarer å uttrykke. Utfordrende atferd oppleves ulikt fra sykepleier til sykepleier. Ved spørsmål om hva som oppleves som utfordrende atferd for den enkelte sykepleier, har jeg fått ganske like svar, men uttrykt på forskjellige måter. Sykepleierne i min studie opplevde det utfordrende når pasienter med demenssykdom slår, eller når man må unngå slag fra pasientene. Selbæk (2005) skriver at aggresjon ses oftest som en angreaksjon i forbindelse med stell eller andre prosedyrer som pasienten motsetter seg, gjerne fordi han/hun ikke forstår det som skal skje. Enkelte sykepleiere i studien opplevde det utfordrende når pasienter har psykiske lidelser i form av dyp depresjon, stor angst og psykoser. Videre ble hallusinasjoner og vrangforestillinger sett på som utfordrende atferd. En sykepleier opplevde lang latenstid hos pasienten som noe utfordrende i den forstand at pleierne sjeldent hadde tid til å bli igjen hos pasienten for å prøve å ta til seg hva den prøvde å uttrykke. Det ble også uttrykt fra sykepleierne i studien at det opplevdes utfordrende når pasienten er til fare for seg selv eller omgivelsene, og når pasienten motsetter seg helsehjelp i form av at de nekter å ta sine medisiner og avviser all form for helsehjelp. Flere av sykepleierne uttrykte at det opplevdes utfordrende når de ikke klarte å kommunisere med, altså å nå inn, til pasienten. Flere av sykepleierne opplevde det som utfordrende når pasienten var svært redd og kontaktsøkende. En av sykepleierne opplevde det utfordrende når pasientene på hennes avdeling tror hun er et barn, og dermed ikke har respekt for henne som voksen sykepleier. Andre sykepleiere syntes det opplevdes utfordrende når pasientene banner og gjentar ukvemsord. Seksuell trakassering har også blitt trukket frem som spesielt utfordrende, av flere sykepleiere.

5.1.2 Urørlighetssonen

Utfordrende atferd fordrer for meg noe som oppleves utfordrende for en selv, noe deltakerne i min studie bekreftet. Jeg tenker at atferd oppleves utfordrende for sykepleieren når personlige verdier står på spill, at noe i en selv rokkes. Løgstrup (1983, s.163) og Martinsen (2003, s.37) skriver om urørlighetssonen som har med respekten for den andres grenser å gjøre. Et elementært fenomen i vår tilværelse er å være omringet av en urørlighetssone, et privat rom hvor vi motsetter oss at noen andre bryter inn. Urørlighetssonen kan krenkes både ved at vi møter den andre med for stor åpenhet eller uten menneskelig åpenhet. Urørlighetssonen fins for å beskytte oss og skape en nødvendig avstand. I situasjoner med utfordrende atferd i

skjermede sykehjemsavdelinger rører trolig pasienten med demenssykdom ved en del av sykepleierens sjelsliv som ikke skal berøres. Det er mulig at pasienten med demenssykdom faktisk trer inn i sykepleierens personlige livsrom uten å spørre om lov. Kanskje rører den demenssyke pasienten ved minner som sykepleieren har gjemt og vekker fornemmelser som føles krenkende og intime. I en slikt øyeblikk er det for meg nærliggende å tenke at en del av sykepleierens integritet viskes ut, siden sykepleieren ikke blir respektert i øyeblikket for akkurat det mennesket han eller hun er. Integritet står for meg, som at noe er urørlig og videre noe om grenser for inngrep. Den demenssyke pasienten kan trigge noe som oppleves som ugreit for sykepleieren. Slike hendelser kan oppleves utfordrende. For meg er det tenkelig at det er slik utfordrende atferd skapes for sykepleieren.

5.2 Opplevelser av å bli påført smerte

Alle deltakerne i min studie har opplevd å bli skadet i møte med utfordrende atferd på sykehjemsavdelingen de jobber på. Isdal (2017, s.46-47) skriver at mennesker har en usedvanlig evne til å venne seg til ting. Vi er i stand til å venne oss til nær sagt alt. Dette kan også beskrives som at vi er enormt gode til å normalisere, og kan omforme det spesielle og uvanlige til vanlig. Et annet ord for normalisering er habituering, som betyr å venne seg til. En normalisering vil si at vi over tid slutter å reagere på- og legge merke til ting som skjer gjentakende ganger, og kan føre til at vi ikke lenger reflekterer over situasjonen vi står i. Normalisering hjelper oss til å holde ut arbeidet med menneskeliv, og hjelper oss å tåle hendelser og forhold som andre ikke ville klart å stå i. Videre gjør normaliseringen at vi som hjelpere kan opptre rolig og fattet i situasjoner der andre ville fått panikk eller blitt overveldet. Når noe normaliseres kan konsekvensen bli at vi slutter å tenke på det, og både følelsesmessig og tankemessig bearbeiding kan utebli på det bevisste plan, og det kan føre med seg en tåkelegging av de negative påvirkningene. Torset et al. (2019) har i Aftenpostens A-magasin intervjuet en rekke sykepleiere, alle beskriver at som sykepleier blir en vant til volden og anmelder det ikke til politiet da en tolererer mer innenfor sykehjemsveggene enn utenfor. Politi ble derimot tilkalt til sykehjem i minst 40 voldshendelser i 2018, ifølge avviksmeldinger. Sykehjemsolden blir utført av både kvinnelige og mannlige pasienter. At syke eldre også kan være voldsutøvere man må beskyttes mot er svært tabubelagt. Samtidig er det for mange pleiere og sykehjemsbeboere en del av virkeligheten. Deltakerne i min studie

fortalte både om daglige og ekstreme opplevelser i møte med utfordrende atferd i de skjermede sykehjemsavdelingene. De fleste sykepleierne ga etter mitt syn en indirekte forklaring på at det er forventet atferd, og nesten normalisert.

5.2.1 Man blir så vant til å stå i det at det blir en del av normalen

Vi skiller mellom det daglige og det ekstreme i arbeidshverdagen. Det ekstreme legger vi merke til, og det daglige venner vi oss til. De fleste arbeidstakere kan både forstå og kjenne at det ekstreme kan være en alvorlig belastning, som gjør at det er vanlig å stoppe opp og gjøre en bearbeiding av det som har skjedd. Isdal (2017, s.46) skriver at det daglige er det vi møter ofte og treffes av i arbeidet, kanskje mange ganger for dag. Det daglige er noe som kan bli så vanlig at vi slutter å legge merke til det. Det daglige kan bli som vanndråper som faller på en stein, det merkes ikke engang. Først når dråpen faller på samme sted dag etter dag, år etter år, vil den etter hvert sette et varig merke. Det daglige kan på lengre sikt være farligere for helsen enn det ekstreme, dette da mange arbeidsplasser ikke har rutiner eller planer for de daglige hendelsene. En av sykepleierne fortalte om en ekstrem episode med utfordrende atferd som hun hadde stått i, som omhandlet en mannlig pasient med demenssykdom i den skjermede sykehjemsavdelingen hun jobber på. Sykepleieren beskrev hvordan den mannlige pasienten veltet inventar, rev ned bilder fra veggen og kastet mat. Beboerne og pleierne på avdelingen var veldig redde for han, fordi han fremsto truende. Den mannlige pasienten var av fysikk veldig stor, og dermed vanskelig å håndtere. Det var vanskelig å nå inn til denne mannen fordi han var så sint, situasjonen endte med at sykepleieren måtte ringe til politiet for nødhjelp. Politiet kom til sykehjemmet med skjold for å beskytte seg selv for den mannlige pasienten med demenssykdom. Først når politiet ankom kunne sykepleieren tørre å nærme seg pasienten for å gi han en sprøyte beroligende medikament. Samme sykepleier beskrev hvordan hun også hadde gått gjennom en episode med grov mishandling fra en demenssyk pasient, og beskrev hvordan hun hadde blitt lugget, blitt spyttet på, blitt slått i ansiktet og fått slag samtidig over begge ørene slik at hun ble svimmel.

En annen sykepleier fortalte meg om en hendelse hun fortsatt bærer med seg, det omhandlet en situasjon der en demenssyk kvinnelig pasient tok tak i håret hennes og lugget lenge. Det som gjorde situasjonen krenkende for sykepleieren var at hun hadde bøyd seg ned på gulvet for å tørke opp melk som den kvinnelige pasienten hadde veltet. Sykepleieren sto bokstavelig

talt på alle fire, i en hjelperrolle. Pasienten lugget sykepleieren lenge, og nektet å slippe selv om sykepleieren syns det var vondt og ba henne om å slippe, flere ganger. Disse opplevelsene som Torset et al. (2019) har skrevet om, og som sykepleierne i min studie har delt med meg vitner om at det forekommer en god del aggressiv atferd fra pasient mot pleiere i skjermede sykehjemsavdelinger i Norge. Tidligere forskning viser at dette ikke er et nytt fenomen, men noe som skjer relativt ofte i sykehjem, på verdensbasis.

Bostrøm et al. (2011) ønsket å finne ut av frekvensen av aggresjon opplevd av helsepersonell på omsorgssenter for personer med demenssykdom, samt på skjermede sykehjemsavdelinger for personer med demenssykdom, og fant i sin demografiske undersøkelse at sykepleierne som jobbet på skjermede sykehjemsavdelinger for personer med demenssykdom var utsatt for alt fra en til to daglige episoder, til en til fire årlige episoder med fysisk utagering og aggresjon som utfordrende atferd. Isaksson et al. (2011) undersøkte i hvilke situasjoner fysisk utagering oftest oppsto, og hvilke pasienter med demenssykdom som oftest utøvde fysisk utagering mot pleiere, Undersøkelsen ble gjort på ulike sykehjem nord i Sverige. 98 pasienter (31,7%) fordelt på de 40 sykehjemmene som deltok i undersøkelsen hadde utøvd fysisk utagering i løpet av uken når undersøkelsen pågikk. Av disse pasientene utøvde 27 pasienter fysisk utagering daglig. Fysisk utagering skjedde oftest i intime hjelpesituasjoner som stell. Pasientene som oftest utøvde fysisk utagering mot pleiere var flest menn, videre også pasienter som ble behandlet med antipsykotiske medikamenter, og pasienter med nedsatt orienteringsevne. Drennan et al. (2012) fant i sin nasjonale undersøkelse av samhandling og konflikter mellom pasienter og pleiere, at 91,8% av pleierne hadde vært involvert i minst en konflikt med en pasient det siste året. Totalt deltok 1316 pleiere i denne nasjonale undersøkelsen i Irland. Konfliktene mellom pasienter og pleiere hadde skjedd mellom to og ti ganger iløpet av det siste året. Den hyppigste formen for fysisk utagering var slag (73,6%) fra pasienter. Nest etter dette var dytting, klyping og å bli grepet tak i (69%) noe som forekom ofte. Videre forekom også spark og slag med knyttneve (65%). Omtrent 80% av pleierne i undersøkelsen rapporterte at de hadde blitt fornærmet eller bannet til, samt ropt til, i løpet av det siste året. Videre rapporterte 25% av pleierne at de hadde opplevd ulike former for upassende seksuell atferd fra en pasient i løpet av det siste året. Lachs et al. (2012) ville, grunnet lite forskning om fysisk utagering fra pasient mot pleier, estimere hvor mange hendelser med fysisk utagering fra pasienter mot pleiere, som forekom på sykehjem i løpet av en periode på 2 uker. Undersøkelsen ble gjort på større sykehjem i New York. 1552 pasienter og 282 pleiere ble kartlagt. Det fremkom at 15,6% av pasientene hadde hatt aggressiv atferd

mot pleierne, hvorav 2,8% fysisk utagering, 7,5% verbal atferd og 0,5% uønsket seksuell atferd. Den fysiske utageringen kom oftest i form av slag, videre kom verbal atferd oftest i form av roping. Den aggressive atferden viste seg mest inne på pasientrommene, og oftest i forbindelse med morgenstell. Holst og Skär (2017) har som bakgrunn for sin systematiske review tatt utgangspunkt i at aggressiv atferd hos eldre pasienter med demenssykdom blir sett på som mer og mer utbredt. Aggressiv atferd omfatter her verbal og fysisk atferd som spark, slag og roping, noe som fører til stor belastning for pleierne. Pleierne opplever denne atferden som utfordrende, den kan føre til fysisk og psykisk skade, særlig sinne, stress og depresjon. Konklusjonen av denne studien var at aggressiv atferd kan føre til negative følelser hos pleiere på sykehjem. Stutte et al. (2017) ønsket som en del av et sveitsisk prosjekt (SHURP) å kartlegge utbredelsen av pasienters fysiske, verbale og seksuelle atferd mot pleiere i sykehjem i Sveits, samt utforske konteksten atferden oppstår i. 66% av pleierne meldte fra om å bli utsatt for verbal atferd, 42% av pleierne meldte om fysisk atferd. 15% av pleierne meldte om uønsket seksuell atferd fra pasienter. Studien kom frem til at kunnskap om ulike former for aggressiv atferd kan øke pleiernes trygghet og trivsel på arbeidsplassen. Slik jeg ser det kan disse forskningskildene bekrefte at det nesten daglig forekommer fysisk, psykisk, verbal og seksuell aggressiv atferd rettet mot pleiere i sykehjem, både i Norge og på verdensbasis. Det viser seg at den aggressive atferden oftest oppstår i daglige stellesituasjoner, noe som også har blitt bekreftet av deltakerne i min egen studie.

5.2.2 Reaksjonene kommer i ettertid

Rognstad og Nåden (2011) ønsket å finne ut av, og beskrive personalets opplevelse av arbeidssituasjonen i møte med pasienter med demenssykdom og utagerende atferd ved en norsk avdeling for demens og alderspsykiatri. De ville også belyse personalets behov for kompetanseheving for at pasientens verdighet som menneske skulle kunne ivaretas. Alle de intervjuede pleierne ga uttrykk for at de følte seg maktesløse, og mente de hadde mislyktes i pasientarbeidet når pasienter slo, sparket, spyttet og kløp. Pleierne følte seg skremte, slitne og redde når de var sammen med pasientene. På samme tid så andre pleiere på dette som utfordringer. Pasientenes tilstand varierte fra dag til dag, som betød at situasjonene kunne oppstå raskt i avdelingene. Pleierne ble gitt beskjed om at de ikke skulle gå alene inn i stellesituasjoner når pasienter viste tegn til å utøve vold mot omsorgsgiver. En pleier sa at de

gjorde det allikevel, grunnet bemanningssituasjonen i institusjonen, særlig på kvelds- og nattevakter. Til tross for stress og angst for hva som møtte dem var pleierne villige til å løse utfordringene i arbeidssituasjonen, ved å enten bistå kollegaer i kompliserte situasjoner, eller fjerne seg fra relasjonen fra pasienten som viste tegn til å utøve vold. Slike situasjoner bidro til å stresse personalet slik at de ble anspente og fikk stramhet i nakken. En av deltakerne i min studie fortalte at hun hadde opplevd at muskulaturen strammet seg i nakken og at hun opplevde mye smerter. Når pasienten flyttet fra avdelingen slapp smertene taket, og hun innså at hun har blitt så vant til å stå i det som opplevdes vanskelig, at det var blitt en del av normalen. De kroppslige reaksjonene kom i ettertid.

Isdal (2017, s.59) skriver at vi er så viselig laget at reaksjonene, følelsene, først skal komme i ettertid, når vi er trygge. Dette kan vi eksempelvis kjenne igjen fra krigshistorier hvor en soldat ved fronten får skutt av seg armen. Soldaten kjenner nesten ikke noe, og kjemper seg to mil bak fronten, til feltsykehuset. Først idet soldaten blir tatt vare på, kjenner han de ekstreme smertene. Vi kan sammenligne dette med situasjoner fra skjermede sykehjemsavdelinger, reaksjonen kommer etterpå når sykepleierne er trygge. Pleiere kan stå i ekstreme situasjoner med utfordrende atferd og bevare kontrollen. Reaksjonen kan komme først når de kommer på personalrommet og noen spør hvordan det går, eller når vi går hjem fra jobb. Reaksjonene kan komme i form av gråt, skjelving, raseri, tristhet, angst og sinne. Reaksjonene kan også komme ved at pleiere blir syke med influensa, forkjølelse og smerter, i ferier etter perioder med stress på arbeidsplassen. Slik jeg ser det kan vi sammenligne sykepleieren som jobber på en skjermet sykehjemsenhet for personer med demenssykdom, med en soldat ved fronten. Sykepleierne har etter mitt syn vervet seg til tjeneste i kommunehelsetjenesten, de starter sitt arbeid rakrygget og klar til å ivareta de demenssykes verdighet. Etter hvert får sykepleierne sår som både kan sees på kroppen, og ikke minst følge dem i sinnet resten av livet. Arbeidsmiljøloven (2005) §2-1 Arbeidsgivers plikter, fastslår at det er arbeidsgivers ansvar å sørge for at bestemmelsene gitt i og i medhold til denne lov blir overholdt, altså er det arbeidsgivers ansvar å sørge for at de ansatte ikke blir syke av jobben sin. Arbeidsgiver har altså ansvar for å tilrettelegge arbeidet og oppfølgingen av de ansatte på en slik måte at de ansatte ikke får fysiske eller psykiske helseskader. Videre står det i Arbeidsmiljøloven (2005) §4-3 Krav til det psykososiale arbeidsmiljøet slår fast i (4) at arbeidstaker skal, så langt det er mulig, beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre. Slik jeg ser det er det på tide å lage et fast system for oppfølging av sykepleiere og annet helsepersonell som utsettes for utfordrende atferd i skjermede sykehjemsavdelinger,

eksempelvis refleksjonsmøter, pasientgjennomgang og debriefing. Sykepleierne må få snakke om det som oppleves vanskelig

5.2.3 Å få snakke om det som oppleves vanskelig

Helsedirektoratet (2019) undersøkte om det var etablert ordning med fast veiledning av ansatte i forsterkede skjermede sykehjemsavdelinger i Norge, 59 kommuner svarte (51,8 % av kommunene med skjermede sykehjemsavdelinger) at de hadde etablert slike ordninger. I 34 kommuner ble veiledningen gitt av spesialisthelsetjenesten, mens det i 38 kommuner var etablerte andre faste veiledningsordninger. 15 kommuner svarte at de både hadde fast veiledning fra spesialisthelsetjenesten og annen fast veiledningsordning. I gjennomsnitt ble det gitt 3,91 timer veiledning pr. måned (median 2 timer) til ansatte i forsterkede enheter (Helsedirektoratet, 2019). Alle sykepleierne i min studie har vært åpne om at de har opplevd utfordrende atferd fra pasienter med demenssykdom, både fysisk, psykisk og seksuelt. Ved spørsmål om de har fått oppfølging etter disse hendelsene var det kun en av sykepleierne som fortalte at de har en beredskap for oppfølging av personell som har vært utsatt for ekstreme situasjoner med utfordrende atferd, på hennes arbeidsplass. Dette finner jeg noe interessant, da en annen sykepleier som jobber på samme sykehjem ikke har erfaring med å få spontan oppfølging av ledelsen etter episoder med utfordrende atferd, de kan dog gå til ledelsen og be om samtale selv. Denne sykepleieren sa også «*Jeg forstår at det er flere som ikke tør å prate om dårlige opplevelser. Da blir det også ekstra vanskelig*». En sykepleier fra et annet sykehjem har opplevd at ledelsen kom til avdelingen morgenen etter en episode med utfordrende atferd for å snakke med personalet. Etter denne samtalen var det ikke mer oppfølging, men sykepleieren synes da at en liten samtale var godt nok. I ettertid kunne hun ha tenkt seg mer debriefing av episoden med utfordrende atferd på avdelingen, samt ukentlige refleksjonsmøter og pasientgjennomgang. De resterende tre sykepleierne har ikke fått noen form for oppfølging av ledelsen etter ekstreme episoder med utfordrende atferd, på deres arbeidsplasser. De uttrykker at de sier fra til ledelsen på sykehjemmet om utfordringene på avdelingene, og understreker til lederne at det er både fysisk og psykisk tøft å stå i arbeidshverdagen. Dessverre opplever ikke disse tre sykepleierne at de får oppfølging og debriefing fra ledelsen sin side, etter episoder med utfordrende atferd. Sett i lys av Helsedirektoratet (2019) sin informasjon om at det i 59 norske kommuner er etablert

ordning med fast veiledning av ansatte i skjermede sykehjemsavdelinger med median 2 timer veiledning i måneden, kan det se ut som at det er mange kommuner som fremdeles har en vei igjen å gå for å gi etablere veiledning og oppfølging etter episoder med utfordrende atferd fra pasienter med demenssykdom i skjermede sykehjemsavdelinger.

De fleste deltakerne i min studie hadde ikke opplevd oppfølging eller veiledning etter ekstreme episoder med utfordrende atferd i de skjermede sykehjemsavdelingene. Flere av sykepleierne har fortalt at pleierne på sykehjemsavdelingene snakker med hverandre etter vanskelige hendelser, de støtter hverandre og deler erfaringer. En sykepleier sa om dette «*Det er jo faktisk noen som begynner å gråte når man snakker om det*». Isdal (2017, s.41) skriver at mennesker er vanligvis enormt sterke, og har en utrolig kapasitet til å tåle store påkjenninger over lang tid. Dog er det ikke bra å tåle for mye, og det kan gå dårlig til slutt. Mange pleiere skjuler sine egne vanskeligheter og belastninger i frykt for konsekvensene det kan medføre, eksempelvis dersom pleier er i midlertidig stilling og er redd for at arbeidsgiver skal straffe dem ved å ikke forlenge arbeidskontrakten. Videre kan pleiere tilbakeholde denne informasjonen fordi det foreligger lite kunnskap om arbeidets faktiske belastninger, fra arbeidsgivers side. Frykt for å fremstå som svak kan være en annen grunn til at pleiere ikke tør å si fra om hvordan de har det i avdelingshverdagen. En sykepleier i min studie sa «*Nei, det er liksom akseptert at det er sånn i sykehjem*». Jeg sitter fremdeles igjen med mange tanker etter intervjuene, og lurer blant annet på hvorfor det ikke fins et overordnet system i alle norske kommuner, for oppfølging, refleksjon og debriefing etter ekstreme episoder med utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom i skjermede sykehjemsavdelinger. Dette særlig da en rapport fra Norsk overvåkning av arbeidsmiljøet (NOA) hevder at sykepleiere har høyest rapportering på områder som stor arbeidsbelastning, krevende relasjoner på arbeidsplassen, vold fra pasienter og utfordringer knyttet til utøvelsen av profesjonelle roller (Orvik, 2015, s. 134).

Arbeidsmiljøloven (2005) §1-1 punkt a) beskriver hvordan lovens formål er å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger. Isdal (2017, s.36) skriver at det er flere arbeidsgivere som på grunnlag av §1-1 i Arbeidsmiljøloven har inngått avtaler med private psykologfirmaer for å kunne gi oppfølging og behandling til ansatte som trenger debriefing i mentalt krevende jobber. Utfordringen her er at dette tilbudet brukes i for liten grad, kanskje for at det om mulig fremdeles er skambelagt i vår kultur å trenge psykisk helsehjelp. Like mye kan det skyldes at vi mennesker har en tendens til å skjønne altfor sent at

vi trenger hjelp. Enkelte arbeidsgivere har en praksis hvor den ansatte skal legge frem sitt behov, til sin nærmeste leder, hvor det da blir opp til leder om den ansatte kvalifiserer til bruk av hjelpetjenesten. En slik vurderingspraksis kan være uheldig, og bidra til at terskelen for å be om hjelp blir enda høyere. Jeg har selv opplevd å få høre fra leder på en tidligere arbeidsplass at jeg heller kunne finne meg et annet sted å jobbe, dersom jeg ikke klarte å stå i ekstreme episoder med utfordrende atferd i den skjermede sykehjemsavdelingen.

Arbeidsmiljøloven (2005) fastslår i §4-1 Generelle krav til arbeidsmiljøet at (1)

Arbeidsmiljøet i virksomheten skal være fullt forsvarlig ut fra en enkeltvis og samlet vurdering av faktorer i arbeidsmiljøet som kan innvirke på arbeidstakernes fysiske og psykiske helse og velferd. Videre står det i (3) at det skal vurderes om det er særlig risiko knyttet til alenearbeid i virksomheten. Tiltak som er nødvendig for å forebygge og redusere eventuell risiko ved alenearbeid skal iverksettes, slik at lovens krav til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø ivaretas. Isdal (2017, s.38) deler sin egen mening om at arbeidsgivere, organisasjoner og foretak i altfor liten grad har kunnskap og bevissthet om helsefarene til sine ansatte. Det påhviler foretakene et ansvar for å tilegne seg en slik kunnskap da vårt arbeid i helsesektoren kan være mer helsefarlig enn vi har vært klar over, noe som om mulig ikke er en innsikt som gagnar alle arbeidsgivere da det ikke står i stil med vår tids krav og press på økt produksjon og effektivitet. Sykepleierne trenger å bli sett og hørt.

5.3 Å bruke tvang

Lov om pasientrettigheter (2001) kapittel 4A definerer tvang som «tiltak som blir brukt for å overvinne eller omgå motstand fra pasienten». Garden og Hauge (2012) skriver sin artikkel «Kampen for pasientens beste – sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens» at den vanligste formen for tvangsbruk i skjermede sykehjemsavdelinger er å holde fast pasienter under bistand med personlig hygiene. 45% av pasienter på skjermede sykehjemsavdelinger blir utsatt for tvangstiltak ukentlig, og en tredjedel utsettes for mer enn en type tvang. Utgangspunktet for tvangsbruken er vanligvis situasjoner der sykepleierne forsøkte å gjennomføre noe de anså som et nødvendig gode for pasienten. Sykepleierne fortalte at pasientene ofte kunne bli aggressive og voldelige i slike situasjoner, men at sykepleierne selv ofte aksepterte aggressiv atferd, og til og med vold mot egen person. Fysisk utagering var noen ganger årsak til at tvang faktisk ble benyttet, andre

gang var resultatet av tvangsbruken vold. Sykepleierne forsto dog pasientens aggressive reaksjon som en reaksjon på selve tvangsbruken, og kunne samtidig se på tvangstiltak som en direkte årsak til oppskalering av pasientens aggresjon og voldsbruk i situasjonen.

5.3.1 Kampen for pasientens beste

Flere av deltakerne i min studie fortalte at noe av de syns er mest vanskelig i sin arbeidshverdag er å måtte utføre tvangsbruk i situasjoner der pasienten motsetter seg helsehjelp. Oftest oppstår disse situasjonene i forbindelse med stell av pasientenes kropp, og da spesielt stell av intimsoneer som bryst og underliv, og dersom pasienten er tilgriset nedentil av urin og avføring. En sykepleier fortalte om tvangsstell som er ganske tøft for både pasient og pleier. Under tvangsstellene er de flere pleiere som må holde, dette oppleves tilsynelatende så vanskelig for pasienten at det reageres med både spark, slag og bitt. Sykepleieren hadde flere ganger blitt bitt under utføring av tvangsstell, og hun hadde blitt påført blåmerker. Denne sykepleieren syns også det er både fysisk og følelsesmessig tøft å måtte gjennomføre tvangsstell. Noen ganger samarbeides det ikke godt nok mellom pleierne, slik at sykepleieren kan oppleve å bli slått av pasientens knyttneve eller bli sparket etter når de andre pleierne ikke holder pasientens armer og ben tilstrekkelig fast. Kampen for pasientens beste kan sees på som en konflikt mellom sykepleieres og pasienten ulike forståelse av daglig omsorg i ulike situasjoner. Sykepleierne ønsker å gjøre godt, samtidig kan den demenssyke pasienten ofte ha vanskeligheter for å forstå situasjonene eller intensjonene til sykepleieren. En av deltakerne i min studie sa « ... at de avviser all form for hjelp ... Der vi ikke når inn til pasienten». Når sykepleierne forstår avvisning eller aggresjon i situasjoner som en reaksjon på å bli fratatt kontroll og bestemme over eget liv vil det etter mitt syn være naturlig å forsøke å unngå tvangsbruk. Noen gang er bruk av tvang i situasjoner også uunngåelig, og pasienten kan i ettertid huske hva som har skjedd. En av sykepleier i min studie fortalte at hun samme morgen som intervjuet ble avholdt, hadde stelt pasienten som har tvangsvedtak på den skjermede sykehjemsavdelingen hun jobber på. Pasienten hadde spurt sykepleier om det var trygt å være på badet, og det virket som om pasienten husket at det pleier å bli brukt tvang i stellesituasjonene, og at de iblant har vært mange pleiere på pasientrommet som har holdt henne fast. Pasienten fremsto usikker, og snudde seg flere ganger for å se om det var flere pleiere tilstede.

Thornquist refererer til Husserl som har skrevet at minner kan sette seg i pasientens kropp, og kanskje vekke til liv noe som har ligget urørt. En hendelse betraktes annerledes i ettertid enn da den var nåtid, og våre forventninger om hva som vil skje i fremtiden, farges av vår situasjon i nåtid. Nåtiden kan også vekke minner fra fortiden som blander seg inn på måter som gjør at vi erfarer at vi er tilbake i fortiden. Hender kan skape bilder av trygge steder, situasjoner og relasjoner, men berøring kan også oppleves vanskelig, og vekke forskjellige negative sanselige minner. Generelt kan vi si at fortiden kan aktualiseres i nåtiden på mange plan (Thornquist, 2003, s.105). Slik jeg ser det kan den demenssyke pasienten mistolke situasjoner, og kanskje ikke forstå hvorfor sykepleiernes hender befinner seg på intime steder i stell, eller hvorfor det kan være åtte hender som holder han eller henne fast og river av underklær, noe som kan tolkes som voldtekt. Garden og Hauge (2012) skriver at sykepleiernes beskrivelser av angst og fortvilelse i stellesituasjoner kan tale imot en legitimering av tvangsbruk som omsorgstiltak, selv om formålet er å yte nødvendig helsehjelp. Tvang kan påføre sykepleierne en følelsesmessig byrde ved at pasientens sårbarhet tydelig kommer til syne i pleiesituasjoner, og når det er flere ansatte til stede. Sykepleiernes beskrivelser av skyldfølelse og utilstrekkelighet kom spesielt til uttrykk der pasientens reaksjoner mot tvangstiltaket bar preg av at omsorgstiltaket ble misforstått som overgrep. Mange sykepleiere opplever pasientens uttrykte motstand som et profesjonelt og personlig nederlag.

Til tross for at et tvangstiltak gjennomføres til det beste for pasienten kan situasjonen oppleves som en belastning for sykepleierne, grunnet ubehaget med å påføre pasienter fortvilelse eller angst, og kan føre til at sykepleieren sitter igjen med følelse av faglig utilstrekkelighet og skyld. En av deltakerne i min studie gråt under intervjuet og sa at det iblant føles som de behandler pasientene som i et fengsel. Sykepleieren tenkte på hvor vondt det hadde vært dersom noen holdt hennes egne foreldre fast og tvang dem til å gjennomføre stell. Hun sa at når hun selv blir gammel vil hun heller dø enn å skulle bli vanskelig å håndtere. Pasientrettighetsloven (2001) §4a (2) gir hjemmel til bruk av tvang når tillitsskapende tiltak er prøvd ut, og rasjonelt sett kan tvangsbruk være nødvendig for å oppnå pleie- eller omsorgsmål. En av sykepleierne i min studie fortalte om en episode der hun og en kollega måtte tvinge en pasient inn på rommet, og sette et nytt suprapubisk kateter på han, da han hadde autoseponert det selv. Sykepleieren reflekterte seg etisk frem til at det var best at hun satte nytt suprapubisk kateter, foran å sende den demenssyke pasienten alene i ambulans helt til nærmeste sykehus. Til tross for at handlingen etisk sett var til pasientens

beste følte sykepleieren at handlingen var brutal. Sykepleieren gjorde en etisk vurdering med hovedvekt på den demenssyke pasienten sitt sammensatte og kompliserte sykdomsbilde, og vurderte at situasjonen kunne fått negative konsekvenser dersom tvangsbruk ikke ble utført der og da på den skjermede sykehjemsavdelingen. Sykepleierne i min studie ga uttrykk for at de opplever tvangsbruk som vanskelig men nødvendig. Den ene sykepleieren sa «*det er jo jobben min, så jeg må jo gjøre det*». En annen sykepleier uttrykte derimot «*Jeg presser ingen i stell. Du ser det fort. Hvis de ikke ønsker, lar jeg vær*». Det var stor enighet blant deltakerne i min studie om at det gir en følelse av mestring å få gjennomført et frivillig stell hos en pasient som ofte må ha tvangstiltak.

5.4 utfordringer på arbeidsplassen

De seks sykepleierne i min studie pekte på andre ting enn utfordrende atferd ved demenssykdom, som gjorde deres arbeidshverdag tidvis utfordrende å stå i. Organisatoriske utfordringer på arbeidsplassen er et problemområde, og ble knyttet i sammenheng med den utfordrende atferden som følger med demenssykdom. Jeg oppfattet det slik at sykepleierne savnet økt bemanning, og videre at denne bemanningen også bør ha kunnskap om, og kompetanse til å jobbe med pasienter som har demenssykdom. Slik jeg tolker intervjuene, pekte de fleste sykepleierne også på at de opplever en høy arbeidsbelastning i sin arbeidshverdag, og at sykepleierne ikke har tilstrekkelig tid til å følge opp pasientene på avdelingen. Flere av sykepleierne går hjem etter vakt med en gnagende dårlig samvittighet for å ikke strekke til.

5.4.1 Tid og travelhet i de skjermede sykehjemsavdelingene

Undersøkelser viser at kombinasjonen av dårlig organisering og manglende kompetanse kan utgjøre en sikkerhetsrisiko, og at bemanningen ikke bare er avgjørende for den faglige kvaliteten, men også for helsepersonellens arbeidsvilkår og integritet. Tilstrekkelig tid er en forutsetning for kvalitet, men er også et konfliktområde som aktualiserer verdier i organisasjonskulturen, og som leder til en normativ verdipyramide med verdier som

effektivitet og kvalitet som rake motsetninger. God kvalitet på sykepleie forutsetter tilstrekkelig tid, tid avhenger av øynene som ser Orvik (2015, s.71). Begrepet pasienttid forklarer pasientens rytme og dagsform. En slik tidsrytme er ifølge Orvik (2015, s.90) forankret i respekten for den som er syk, hvor bruk av tid kan være en forutsetning for å virkeliggjøre verdier som relasjonsbygging, nærhet og individualisering. Begrepet pasienttid favner ikke bare om tilstrekkelig tid, men også å ta pasientens opplevelse av forholdet til tid, på alvor. En pasient med demenssykdom har som oftest ikke forståelse for klokkeid, og kan etter min erfaring bli urolig når pleiere sier «vi kommer snart», fordi de som regel har behov for hjelp akkurat i øyeblikket. Videre vil en pasient med demenssykdom, også etter min erfaring, ha behov for personsentrert oppfølging som kun kan oppnås gjennom relasjonsbygging mellom pasient og pleier, samt kjennskap til pasienten og dens levde liv for å kunne prøve å forstå hvorfor pasienten reagerer som den gjør i øyeblikket.

Martinsen (2018, s.43) skriver at tidsakselerasjonen kan uttrykke seg på flere måter i helsevesenets rom, som i farlig travelhet som kan sette det faglige skjønnet under press, Martinsen (ibid.) viser også til Søgaard (2015) som skriver at sykepleierne løper hurtigere og mer enn noensinne, grunnet prestasjonskrav der det stadig presses inn flere oppgaver som skal utføres på kortere tid for å øke produksjonen. Det refereres i denne artikkelen også til en sykepleier som sier forteller at pasienter kan reagere med å kaste bekket på deg, samt bli utagerende og voldelige. Martinsen (2018, s.46) skriver at det sykepleiefaglige skjønnet settes under press i hastighetskulturen i helsevesenets rom. Det skjer et sammenstøt mellom langsom tid og senmodernitetens konstruerte hektiske tid. Detaljerte styrings- og rapportssystemer bindes opp av rutiner der det skal handles hurtig, personalet har liten styring over dette. De profesjonelle underkastes samfunnsskapt befalinger som kan stride imot deres selvforståelse som fagpersoner. Befalinger trer i fordringers sted, lydigheten mot befalinger kan hindre ulydigheten mot krenkende normer for pasientens skyld. Pleiens tid og rytme forstyrres, og lydigheten mot klokkeid kan presse sykepleieren bort fra lydigheten mot pasientens hjerteslag. Hastigheten i avdelingshverdagen kan hindre konsentrasjonen slik at en lett kan miste oversikt, og planleggingen av pleien lider og blir mangelfull. En sykepleier i min studie sa «*Kanskje ledelsen kunne ha trengt seg noen dager for å hospitere litt i avdelingen. For å få kjenne på kroppen hvordan det er.* Hun opplevde at tiden ikke var fordelt riktig i arbeidshverdagen. Tidsrelaterte krav og skylden over å ikke strekke til overfor alt som forventes, kan sette seg som en feber i kroppen. Martinsen (2018, s.45) refererer til Hansen (1995, s.8) som skriver «*Travlheden sidder os som en feber i kroppen. ... Hele vor vestlige*

kultur er besat af denne travlhed». Å bli spunnet inn i en tidsakselerasjon der hverken pasientens eller den profesjonelles tid blir akseptert, kan være til å bli syk av, og den er farlig på mange måter. Tid er en knapphetsressurs som er avhengig av bemanning og prioriteringer. Når tid som forutsetning for å skape kvalitet er under press, kan det være nødvendig å løfte frem pasientperspektivet og den normative verdipyramiden. Den normative verdipyramiden har som hovedbudskap at pasientperspektivet skal være det overordnede, med tilhørende krav til kvalitet, særlig pasientopplevd, faglig og organisatorisk kvalitet. Totaliteten av dette vil gi grunnlag for forsvarlig og omsorgsfull pasientbehandling (Orvik, 2015, s.91-93).

Pasientkonteksten handler om at tid er en verdi i seg selv, som når pasienten med demenssykdom eksempelvis opplever en angstpreget katastrofereaksjon og trenger ekstra oppfølging og trygging fra sykepleieren. Samtidig kan tid være et verktøy for relasjonsbygging mellom pasienten med demenssykdom og primærsykepleier. Tid har instrumentelle og ekspressive funksjoner. Produksjonskonteksten handler om at tid er penger, her kan helsepersonell oppleve å bli bedt om å vurdere om det i hele tatt er nødvendig å utføre bestemte ulike oppgaver (Orvik, 2015, s.94). Det kan være legitimt, men slik jeg ser det, også undergrave verdigheten i pasientarbeidet, som når lav bemanning fører til at pasienter med demenssykdom eksempelvis ikke får en-til-en oppfølging når de trenger det. En sykepleier i min studie uttrykte at de har flere pasienter som trenger en-til-en oppfølging på den skjermede sykehjemsavdelingen hun jobber på, pasienter som dessverre ikke får den tette oppfølgingen de trenger. Denne sykepleieren så det slik at konsekvensen for pasienten blir at han eller hun ikke har det så bra som de kunne hatt det, noe som skaper økt grad av utfordrende atferd, mer medisinbruk og bruk av behovsmedisin, og generelt en dårligere livskvalitet. Videre forsterket en annen sykepleier i studien mitt inntrykk av dette ved å også si at de har mange pasienter som trenger en-til-en oppfølging, og når pasientene ikke får det økes bruken av behovsmedisin, især det beroligende medikamentet Sobril. Denne sykepleieren synes selv det var mye bedre å bruke miljøtiltak i den skjermede sykehjemsavdelingen, foran medisiner. Jeg sitter igjen med et inntrykk av at sykepleierne i min studie preges av en produksjonskontekst, hvor verdigheten i pasientarbeidet preges i negativ retning. Jeg får også et inntrykk av at sykepleierne heller ønsker å gjøre miljøtiltak som å bruke tid på å trygge den urolige pasienten, enn å gi beroligende medikamenter som et tidsbesparende og effektivt produksjonstiltak. Dersom sykepleie i demensomsorgen skal tilstrebe å utføres i en produksjonskontekst hvor tid er penger, så kan vi jo se at resultatet er at den demenssyke pasienten som trenger en-til-en oppfølging, vil få dårligere livskvalitet og større grad av

utfordrende atferd (APSD) som reguleres med beroligende behovsmedisin. Jeg stiller spørsmålstegn ved at vi virkelig kan akseptere at det i år 2020 skal respekteres å bruke mer tid på å produsere en tjeneste, enn å yte individuell omsorg og sykepleie til de eldre demenssyke pasientene som i utgangspunktet ikke forstår sin egen sykdomssituasjon.

5.4.2 Avstanden mellom faglige idealer og økonomiske vurderinger

Sykepleierne i min studie peker på mangel på tid, og at deres ideal om miljøbehandling ofte blir erstattet med medikamentbruk. Avstanden mellom faglige idealer i den kliniske hverdagen og økonomiske vurderinger knytter kvalitet og ressursforvaltning sammen, men viser også hvilke spenninger som ligger innebygget i kvalitetsbegrepet, og som gjør det sammensatt og krevende i praksis (Orvik, 2015, s.75). Den ene sykepleieren jeg intervjuet uttrykte frustrasjon over at kommunen hun jobber i pålegger sykehjemmet og dets skjermede avdelinger å drive med fagutvikling, og sikring av pasienter og ansatte, til tross for at det ikke bevilges midler til dette. Det skal ikke koste en eneste krone, noe sykepleieren er sterkt uenig i. Det koster å få kvalitet inn i demensomsorgen.

Flere av sykepleierne i min studie har fortalt at det iblant er utfordrende når vikarer ikke har nødvendig opplæring i å utøve omsorg til pasienter med demenssykdom på skjermede sykehjemsavdelinger. En sykepleier fortalte «*Vi har ansatt både bussjåfører, snekkere og kokker*». De nevnte arbeidsgruppene er etter mitt syn like samfunnsviktige som en sykepleier, de kan ha et godt håndlag med demenssyke pasienter, og være en fin ressurs i den skjermede sykehjemsavdelingen. Dog har de ikke den samme grunnlagstenkningen og helsefaglige utdanningen som bør være tilstede for å ha kunnskap om hvordan man best kan møte et menneske med demenssykdom og utfordrende atferd. Ei heller er det sikkert at de har fått nødvendig opplæring i avdelingen. Min erfaring fra skjermet sykehjemsavdeling er at en ny pleier eller vikar får tre opplæringsvakter av tilfeldig utvalgt ansatt. Etter opplæringsvaktene skal den nyansatte fungere selvstendig i avdelingen, noe som inkluderer å ta del i stell og å tilsynelatende kunne møte utfordrende atferd i avdelingen. Etter min mening vil en slik opplæring ta mer enn tre opplæringsvakter, det er et helt modningsfag. En sykepleier i min studie belyste spesielt at det er viktig at de som jobber på skjermede sykehjemsavdelinger må ha kunnskap om demenssykdom, dette for å vite hvordan man skal takle utfordrende atferd og

psykiske lidelser i arbeidshverdagen. En annen sykepleier sa «*Man føler jo iblant at en ikke jobber på sykehjem, men at man jobber i tung psykiatri*». Støback (2015) skriver at bruk av tvang øker dersom kunnskapen om atferdsendringer er mangelfull eller dårlig, noe som sier meg at vi faktisk kan bidra til økt tvangsbruk i fremtiden, dersom vi ikke vektlegger å ha kompetent personell i de skjermede sykehjemsavdelingene.

Helsedirektoratet (2019) viser til både Kompetanseløft 2020 og Demensplan 2020 hvor det fremheves et behov for å øke kompetansen blant helse- og omsorgspersonell for å sikre at personer med demens får den hjelpen de har behov for. Det refereres til at beboere i skjermede sykehjemsavdelinger kjennetegnes ved å ha demens med alvorlige nevropsykiatriske symptomer, og de utgjør en gruppe der det stilles særlige krav til ansattes kompetanse. I Helsedirektoratets kartlegging ble kommunene bedt om å oppgi hvor stor andel av de ansatte i forsterkede tilrettelagte enheter som hadde helsefaglig utdanning på bachelornivå eller over. 101 norske kommuner besvarte dette spørsmålet, og det fremkom at andelen av ansatte med helsefaglig utdanning på bachelornivå eller over i forsterkede tilrettelagte enheter varierte svært mye mellom de ulike kommunene, alt fra 0 % til 100 %. Den gjennomsnittlige andelen var på 29,8 %. Det knyttes noe usikkerhet til tallene som presenteres. Samlet peker de likevel i retning av at andelen ansatte med høyere helsefaglig utdanning (bachelor eller over) i skjermede sykehjemsavdelinger fortsatt er lav. Det vises også at det er store variasjoner mellom kommunene, og at andelen trolig har sunket litt siden forrige kartlegging i 2014. Slik jeg tolker dette mener Helsedirektoratet at det er reellt behov for å øke kompetansen i demensomsorgen, samtidig som de reelle tallene høyere helsefaglig utdannet personell paradoksalt har gått ned de siste årene.

5.4.3 Økt bemanning – en sikkerhet for pasientene med demenssykdom

Som tidligere skrevet om i kapittel 2.2 Utfordrende atferd ved demenssykdom (APSD), kan mange pasienter med demenssykdom kan oppleve sterk angst når de er alene, og en panikkliknende angst kan oppstå når de ikke forstår hva som skjer i omgivelsene. Dette kan igjen føre til aggressivitet som gjør at pasienten setter seg til motverge eller forsøker å flykte fra situasjonen (Rokstad, 2008, s.43-44). Slik jeg ser det viser det seg at vi som sykepleiere faktisk kan forverre pasientens grad av utfordrende atferd ved demenssykdom (APSD) når vi

har fokus på produksjon og effektivitet i den skjermede sykehjemsavdelingen, i stedet for å bruke tiden vår på å se og være sammen med pasienten vi har foran oss i øyeblikket. En sykepleier i min studie sier *Det er kun tilstedeværelse som kan være med på å kanskje forebygge utfordrende atferd*. Slik jeg ser det var denne sykepleieren opptatt av pasientsikkerhet. I norsk sammenheng har arbeidet for økt pasientsikkerhet særlig vært knyttet til den nasjonale kampanjen «I trygge hender 24-7» som har hatt som mål å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet, samt forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Temaer som personalmangel, arbeidsbelastning og kommunikasjon med ledere går igjen. Spesielt deltakere fra de største profesjonsgruppene har en konstant uro over ressursmangel og et høyt antall pasienter, som skaper situasjoner der pasientsikkerheten blir nedprioritert til fordel for produksjon (Orvik, 2015, s.73-74). Alle de seks sykepleierne i min studie peker på at de ønsker seg mer bemanning på jobb. Den ene sykepleieren sier «*Det er det vi trenger. Fordi det er mange ganger når vi er på jobb at pasientene slåss med hverandre når vi ikke er tilstede. Så fort vi snur ryggen til, så begynner noen å krangle*». Jeg vil ikke påstå at pasienter med demenssykdom er i «Trygge hender 24-7» når de kan oppleve å bli overfalt i korridoren av medpasienter fordi pleierne er opptatte med andre arbeidsoppgaver, og det ikke er tilstrekkelig bemannet i avdelingen.

En deltaker i min studie har etter et godt poeng når hun beskriver hvor mange, eller få, ansatte de er på jobb, de ulike vaktene. Hun forteller at de er tre ansatte på dagvakt i ukedagene, to ansatte på kveld og i helgene. På nattevakt er det en enkelt pleier som har ansvar for atten demenssyke pasienter, fordelt på to avdelinger. Denne sykepleieren syns totalt sett det er alt for lite bemanning på en skjermet sykehjemsavdeling. Selv ville jeg ikke ha akseptert at en enkelt nattevakt, verken sykepleier eller ufaglært, skulle hatt ansvar for atten pasienter med demenssykdom, fordelt på to avdelinger, dersom det var en av mine nærmeste som bodde der. Dette er noe jeg stiller meg tvilende til. Samtidig kan en jo se at det faktisk blir praktisert, og viser seg å være gjennomførbart og godkjent etter den gitte kommunens forsvarlighetsprinsipp. Døgnrytmeforstyrrelser er etter min erfaring et kjent symptom på demenssykdom. Mange pasienter med demenssykdom er ofte våkne på natt, og vandrer gjerne urolig omkring på søken etter mening. Dette kan, slik jeg ser det, være en utfordring for nattevakten som har eneansvar for atten pasienter, noe som indirekte forteller meg en av årsakene til at det ofte brukes behovsmedisin når den demenssyke pasienten trenger en-til-en oppfølging og ikke får det.

5.4.4 Kvalitetsegenskaper i en helsetjeneste

I oversikten over kvalitetsegenskaper i en helsetjeneste er ikke bemanning og kompetanse spesifikt nevnt, selv om dette er et nokså sentralt tema. Sykepleierbemanning og kvalitet har vært gjenstand for forskning. Orvik (2015, s.80) viser til Malmedal et al. (2009) som dokumenterer høy forekomst av utilstrekkelig pleie og omsorg, parallelt med overgrep og forsømmelser ved 16 norske sykehjem. Som hovedårsak blir underbemanning understreket. Bemanning og kompetanse som kvalitetsegenskap har fått økt oppmerksomhet i internasjonal forskning, og Aiken et al. (2014) har funnet i RN4CAST-studien at sykepleiernes arbeidsmengde kan være avgjørende for pasienters overlevelse. Aiken et al. (2014) uttalte at antakelsen om at man kan spare penger ved å redusere sykehusets sykepleiebemanning uten at det skal ha negative konsekvenser for pasientene, kan i beste fall betraktes som naiv og i verste fall dødelig. Når sykehusbudsjett er stramme, er bemanningsreduksjon ofte første tiltak, og vil være et tiltak som kan få katastrofale konsekvenser for pasientene. Dette må slik jeg ser det også kunne overføres til sykehjem, og især skjermede sykehjemsavdelinger for pasienter med demenssykdom, som huser en av de mest sårbare pasientgruppene vi har. Der vil det også kunne foreligge negative konsekvenser for pasienten med demenssykdom som ikke får nødvendig omsorg og pleie, noe som etter min mening strider mot Kvalitetsforskriften for pleie og omsorgstjenestene (2003). På grunnlag av den demenssykes nedsatte evne til å uttrykke egne behov eller smerter, kan det fort oppstå situasjoner som kan få dødelige fall fordi sykepleieren har det for travelt til å observere symptomer på eksempelvis akutte og alvorlige sykdomstilstander.

Vi må ikke glemme at de fleste pasientene med demenssykdom er i høy alder, og kan ha andre underliggende sykdommer, eksempelvis hjerte- og karsykdom, nyresvikt og diabetes, på samme tid. Merleau-Ponty uttrykker at kroppen har en form for hukommelse, og en «viten» som den enkelte ikke alltid kan gi uttrykk for med ord. For helsepersonell som skal forebygge, undersøke og behandle forskjellige plager, lidelser og helseproblemer er det viktig å erkjenne kroppens flertydighet og dens sammensatte karakter. Det er åpenbart at kroppen kan være vanskelig å tolke og forstå, og det er åpenbart at helsepersonell må hente analytiske redskaper utenfor den fenomenologiske forståelsesramme. Hvordan vi som helsepersonell forholder oss til dem som er syke og har funksjonsproblemer, er av avgjørende betydning for hvordan de forholder seg til seg selv, sin kropp, omgivelsene og mennesker (Thornquist,

2003, s.131-133). Slik jeg tolker Merleau-Ponty er det opp til pleierne på de skjermede sykehjemsavdelingene hvordan livskvaliteten blir for pasientene med demenssykdommer som bor der. Dette ut fra hvordan de ulike pleierne, med sin kunnskap og kompetanse, møter og ivaretar pasienten i øyeblikket. Øyeblikket er ofte det pasienten med demenssykdom lever gjennom, noe jeg i tenker at vi må ta med oss videre.

5.5 Å være sårbar – hjelperens sårbarhet

Martinsen (2000, s.15) skriver at sykepleien er fundert i omsorgens ivaretagelse av livet, i nestekjærligheten, som en bærende og drivende kraft i sykepleien. Den utfolder seg fra interessen og hjertelaget for den syke. På samme tid er det nødvendig at sykepleieren er faglig skolert, at han eller hun mestrer de tekniske fagkunnskapene. Sykepleien har lite for seg hvis den kun blir teknikk, hvis hjertelaget mangler i det en gjør. Deltakerne i min studie har alle uttrykt at de liker å jobbe i eldreomsorgen, især med pasienter som har demenssykdom. De finner mening i å kunne gi omsorg og pleie de demenssyke pasientene som trenger omsorg og ivaretagelse i de skjermede sykehjemsavdelingene. Slik jeg tolker sykepleierne i min studie har de hjertelag for den demenssyke pasienten, og ønsker å ivareta han eller henne på best mulig måte i avdelingshverdagen. I tillegg til å ha hjertelag har de også fagkunnskaper om demens. Halvparten av deltakerne har tatt ulike videreutdanninger innenfor demens, og har dermed også fått faglig påfyll innenfor sitt arbeidsområde slik at man blant annet får trening i kommunikasjon med den demenssyke og å møte utfordrende atferd i arbeidshverdagen. Å kunne opprettholde pasienters verdighet i situasjoner der de slår, spytter og klyper, kan være utfordrende for sykepleierne. Dog er dette i tråd med det overordnede idealet om å gi omsorg betingelsesløst. Slik jeg ser det er det maktforhold i relasjonen mellom sykepleier og pasient, og sykepleieren skal bruke sin makt til å gjøre godt, selv når han eller hun blir utsatt for noe vondt. Sykepleieren er den profesjonelle. Martinsen (2000, s.12) skriver at å være profesjonell er også å våge å være menneske, noe som også vil si å være åpen for følelser som setter en i en tilbakeholdenhet for at den andre skal tre frem. Følelsene springer ut av en sansende grunnstemning om at livet er verdt å verne om og ta vare på. Slik jeg tolker Martinsen er sykepleieren selvfølgelig også et menneske, som i situasjoner med aggressiv pasientatferd, kan åpne opp og kjenne på følelser som bobler på innsiden. På samme tid er sykepleieren, etter mitt syn, satt i en svær sårbar posisjon. Ikke bare er det sårbart å bli utsatt for smertefulle

opplevelser i form av fysiske, psykiske, seksuelle og verbale angrep fra demenssyke pasienter, det kan også være sårbart for sykepleieren å måtte utføre tvang i kompliserte pasientsituasjoner. Etter mitt syn kan det også være sårbart for sykepleieren når det er lite bemanning på jobb, og når de må jobbe sammen med ufaglært personell. Videre tenker jeg det kan være sårbart å jobbe i en avdelingshverdag hvor klokketiden skal brukes til å produsere en effektiv tjeneste, foran å ha rom for å se og være sammen med de demenssyke pasientene. Det kan også være sårbart å føle at en ikke strekker til i eget arbeid, og å ta med seg jobben hjem som følge av dårlig samvittighet. Det kan være sårbart å jobbe imot sin egen identitet som sykepleier, og å jobbe mot sitt eget ønske om å kun gjøre godt for den demenssyke pasienten. Martinsen (2014, s.227) skriver at sårbarheten er et eksistensielt grunnvilkår ved alt liv. Sårbarhet er et eksistensielt vilkår ved at det kan erfares, det har med vår måte å leve og eksistere i verden på. Sårbarheten viser at livet er skjørt, og at vi mennesker er avhengige av hverandre. Vi er en del av samme verden, gjensidig utlevert til hverandre i sårbarhet og skrøpeligheit. La oss tenke litt over over hjelperens sårbarhet, at sykepleieren også kan bli berørt av inntrykkene han eller hun får i sin egen arbeidshverdag.

Slik jeg ser det er den demenssyke pasienten avhengig av hjelp fra sykepleieren, slik som sykepleieren er avhengig av hjelp fra organisasjonen. Martinsen (2000, s.18-24) siterer til den bibelske historien om den barmhjertige samaritan, hvor tre forbipasserende, presten, levitten og samaritanen, ser en fremmed, skamslått halvdød mann på veien. Kan vi tenke se for oss at organisasjonens mellomledelse og øverste ledelse er levitten og presten, sykepleieren i de skjermede sykehjemsavdelingene er samaritanen, og at den skamslåtte mannen er de demenssyke pasientene? De tre forbipasserende ser den skamslåtte på forskjellig måte. Presten så mannen, den øverste ledelsen i organisasjonen vet om den demenssyke pasienten, men gikk rett forbi. Det samme gjorde levitten, mellomste leder i organisasjonen. Presten og levitten hørte til en etablert kultur, kanskje nåtidens produksjonstid, og de var godt skolert. Etter loven hadde presten og levitten både omsorgsansvar og plikt, men ikke nødvendigvis over fremmede. Den kulturelle lov syntes å bety mer for dem enn sin moralske lov. De veletablerte og teoretisk dannede, så den skamslåtte mannen og gikk rett forbi. En måte presten og levitten kunne se ut til å tenke på kunne være at de måtte registrere den skamslåtte mannen og hans tilstand, for å siden kunne overveie om de var forpliktet til å gjøre noe. Ble den skamslåtte mannen, den demenssyke pasienten, registrert som fremmed og uverdigg, en de ikke skulle hjelpe? Noen tolkninger av denne historien foreslår også at den skamslåtte mannens lidelse ha beveget presten og levitten, fordi de faktisk gikk utenom. En omvei,

kanskje for å slippe å se den skamslåtte mannen som de visste trengte hjelp. Samaritanen, sykepleieren, så den fremmede skamslåtte mannen, og fikk medynk med han. For samaritanen slo den andres kroppslige smerte inn, avstandsløst. Det skjedde en umiddelbar identifikasjon av den skamslåtte mannen som et likeverdig menneske. Den skadde mannen viser samaritanen at livet er sårbart og det må tas vare på. Det skjedde et sansesamspill, og en villighet til å følge med i den andres lidelse. Samaritanens, sykepleierens, åpne og mottakende øyne ble truffet av den skamslåtte mannen, den demenssyke pasienten, og med medynk kunne han ikke gjøre noe annet enn å stille sårene hans. Samaritanen, sykepleieren, så med øyne som ikke gjorde noen forskjell, samtidig med øyne som gjorde en forskjell. Samaritanen sto utenfor presten og levittens kultur, og hadde ikke samme skolering som de som gikk forbi. Samaritanen handlet praktisk. Det at samaritanen, sykepleieren, ble så berørt kan kanskje også uttrykkes som å se med «hjertets øye», når man ser med hjertets øye er øyet kroppen og sjelens speil. Hjertet er mennesket som det egentlig er (Martinsen, 2000, s. 20).

Når alt kommer til alt, så syns jeg min studie belyser at sykepleieren kan sammenliknes med den barmhjertige samaritan. Det er sykepleieren som står i jobb i de skjermede sykehjemsavdelingene. Sykepleieren har faglig kunnskap om at det er demenssykdom som gjør at mennesket foran henne er annerledes og kan handle inadekvat i situasjoner. Den demenssyke pasienten angår henne, og sykepleieren forbinder «sårene», utfordrende atferd, så godt han eller hun kan i øyeblikket. Øverste ledelse og mellomledere i organisasjonen vet at det bor demenssyke pasienter i de skjermede sykehjemsavdelingene, men for meg ser det ut til at de går omveier for å slippe å ha noe personlig å gjøre med det. Ergo blir sykepleieren stående alene med hovedansvaret for å ivareta den demenssyke pasienten, samaritanen står alene om å binde den skamslåtte mannens sår. Og et faktum fra sykepleiers naturvitenskapelige verden er at når et sår ikke blir rensset og pleiet, kan det gå infeksjoner i det, infeksjoner som i ytterste konsekvens kan sette livet i fare. Og hva skjer da når den demenssyke pasienten sine «sår», herunder kanskje følelser, ønsker, smerter, angst og frykt, ikke blir imøtekommet og pleiet? Jo, da vil følelsene også bli betente og mest sannsynlig komme til uttrykk gjennom fysiske, psykiske, seksuelle og verbale angrep, utfordrende atferd. Samaritanen kan ha et sterkt ønske om å ha mer tid til å pleie den skamslåtte mannens sår, men det kan være lite tid til det. Kanskje en tilfeldig forbipasserende etter veien, ufaglært personell, ønsket å hjelpe samaritanen, men aldri hadde sett et sår før. Iblant hjelper det ikke å kun ønske å hjelpe til, det må være kunnskap til stede. Når et infisert sår ikke får riktig pleie over tid kan det gi smerter. Min erfaring fra demensomsorgen er at smerter kan komme til

uttrykk som sinne og aggresjon hos pasientene. Se for deg at den skamslåtte mannens sår etter hvert ble så infiserte og vonde at han gikk til fysisk angrep på den barmhjertige samaritanen. Handlingen var mest sannsynlig gjort i frustrasjon og fortvilelse – han kjente bare smerter. Den skamslåtte mannen mente aldri noe vondt med handlingen, det var et uttrykk for livssmerte. Kunne dette vært unngått dersom presten og levitten, øverste ledelse og mellomste ledelse i organisasjonen hadde stoppet opp og ivaretatt den skamslåtte mannen, den demenssyke pasienten, sine sår på et tidligere tidspunkt? Forventet de at samaritanen, sykepleieren, skulle gjøre all jobben for dem? Hva om noe skjedde med samaritanen under ivaretagelsen av den skamslåtte mannen, ville presten og levitten tatt vare på samaritanen, eller for så vidt den andre forbipasserende, i ettertid. Eller ville de ha fortsatt sin ansvarsfraskrivelse og unnlåtelsessynd? Martinsen og Eriksson (2009, s.15) skriver at fortellingen om den barmhjertige samaritan kan leses som en grunnfortelling i etikk, og gir et forrettet bilde av den erfarte virkelighet. Fortellingen viser hvor avhengige vi mennesker er av hverandre i livets sårbarhet og utsatthet, mennesker som viser omsorg, og mennesker som forsømmer seg. Det handler om å sanse, kjenne, merke og rystes av å se det forslåtte mennesket i veikanten og dermed ikke kunne gjøre noe annet enn å tre hjelpende til. Samtidig handler fortellingen også om å se uberørt, og å gå forbi.

«Den enkelte har aldri med et annet menneske at gjøre uden at han holder noget af dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt, en forbigående stemning, en oplagthed, man får til at visne, eller som man vækker, en lede man uddyber eller hæver. Men det kan også være forfærdende meget, så det simpelthen står til den enkelte om den andens liv lykkes eller ej» Løgstrup (1991, s.25).

For meg har dette sitatet av Løgstrup aldri stått sterkere enn i dag, når jeg holder på å avslutte dette forskningsprosjektet. Slik jeg tolker Løgstrup får vi alltid utlevert en liten bit av det andre menneskes liv, når vi er i samspill med det. Vi kan gjøre den andres verden stor, lys og trygg, samtidig som vi kan få samme persons verden til å føles utrygg. I en skjermet sykehjemsavdeling for personer med demenssykdom får vi holde pasientens liv i våre hender, noen ganger bokstavelig talt. Når sykepleieren er tilstede i situasjonen med alle sine sanser er han eller hun berørt, mottakelig og bevegende tilstede i forhold til appellen fra pasienten om å bli møtt og tatt vare på (Martinsen, 2012, s.12). Andre ganger er det den demenssyke pasienten som holder vårt liv i sine hender, dette også bokstavelig talt. Organisasjonens ledelse får også utlevert noe av sykepleierens liv, og det kan etter min mening være opp til organisasjonen om sykepleierens liv på arbeidsplassen lykkes eller ei. Det er, slik jeg ser det, igjen også opp til sykepleieren om den demenssyke pasientens liv lykkes eller ei. Paradoksalt

kan en kanskje også tenke at den demenssyke pasienten sine forbigående stemninger også kan ha påvirkningskraft relatert om sykepleierens liv lykkes eller ei, og viser at hjelperen også er sårbar.

6 Avsluttende refleksjon

Som resultat av mitt forskningsprosjekt, og som svar på problemstillingen «*Hvilke personlige opplevelser har sykepleiere i skjermede sykehjemsavdelinger med utfordrende atferd hos pasienter som har demenssykdom?*» har jeg kommet frem til at sykepleiere i skjermede sykehjemsavdelinger har et mangfold av opplevelser med utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom. Flere av oppdagelsene i studien har kommet overraskende på meg, og jeg har stadig fått bekreftet at temaet har en stor alvorlighetsgrad som i høyeste grad trenger å belyses.

Jeg har funnet ut at sykepleierne ikke synes den utfordrende atferden i seg selv er vanskelig å takle, men peker på at utfordrende atferd er kommunikasjon fra pasientens side. Utfordrende atferd ved demenssykdom (APSD) er forventet i avdelingshverdagen. Sykepleierne i min studie opplever å stå i situasjoner med utfordrende atferd i form av fysiske, psykiske, verbale og seksuelle tilnærmelser i de skjermede sykehjemsavdelingene, ofte uten at det blir sett på som alvorlig. På denne måten normaliseres disse ekstreme situasjonene da sykepleierne blir så vant til å stå i det at det regnes som en del av en vanlig arbeidshverdag. Alle sykepleierne i studien hadde opplevd å bli skadet som resultat av utfordrende atferd, men de færreste hadde opplevd å få oppfølging fra organisasjonen på grunnlag av dette. Kun en av de seks sykepleierne fortalte at de hadde system for oppfølging etter ekstreme episoder med utfordrende atferd, på deres arbeidsplass. Sykepleierne i studien savner refleksjonsmøter og debriefing etter ekstreme episoder med utfordrende atferd i de skjermede sykehjemsavdelingene. Videre savnes faglige refleksjonsmøter for pasientgjennomgang og å kunne diskutere pasientkasuser sammen med kollegaer. Det fremkom også i studien at sykepleierne i synes det er utfordrende å utføre tvangsstell på pasienter som motsetter seg helsehjelp. Sykepleierne ga uttrykk for at tvangsstell ga dem dårlig samvittighet og de kunne i perioder grue seg til å gå på jobb.

Sykepleierne i min studie pekte også på faktorer i de skjermede sykehjemsavdelingene som kan bidra til å faktisk øke utfordrende atferd hos de demenssyke pasientene som bor der. Disse faktorene er for lite tid for sykepleier til å ha tett pasientoppfølging, videre økonomiske vurderinger og effektivisering i organisasjonen. Alt dette i kombinasjon med en lav grad av bemanning i de skjermede sykehjemsavdelingene. De nevnte faktorene kan være med på å skape utrygghet for den demenssyke pasienten, noe som igjen kan føre til økt bruk av behovsmedisin hos disse pasientene da graden av miljøtiltak i de skjermede sykehjemsavdelingene har gått ned. I min studie fremkommer det også at andelen av ansatte med høyere helsefaglig utdanning (bachelor eller over) i skjermede sykehjemsavdelinger for personer med demenssykdom trolig har sunket litt siden en kartlegging i 2014. Videre fremkommer det i studien at lite fagkunnskap kan bidra til økt bruk av tvang i situasjoner. Konsekvensen av overstående er paradoksalt nok at forekomsten av utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom kan økes som et resultat av utrygge og uoversiktlige omgivelser, en utvikling som ikke fremmer Helsedirektoratets ideal om en personsentrert omsorg til pasienter med demenssykdom i skjermede sykehjemsavdelinger.

Til tross for sterke og smertefulle fortellinger fra møter med utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom i skjermede sykehjemsavdelinger, fremsto deltakerne i min studie som stolte sykepleiere som er dedikerte til kommunehelsetjenestens demensomsorg. De var trygge på egen integritet og hadde en sterk tro på at jobben de i de skjermede sykehjemsavdelingene er viktig og kan utgjøre en forskjell. For sykepleierne som har deltatt i min studie er det verdifullt å jobbe i sykehjem, og å kunne være med på å skape mening i en annerledes tilværelse, verdighet og gode øyeblikk i nået for pasienter med demenssykdom. Når det gjelder valg av metode i oppgaven kunne jeg nok ha fått flere svar å sammenlikne med dersom jeg intervjuet en større gruppe sykepleiere i et fokusgruppeintervju, eller dersom jeg hadde gjennomført en landsdekkende survey. Dog tenker jeg at en med en slik metode ville jeg kanskje ikke fått frem alle nyansene og de personlige fortellingene som sykepleierne i min studie har delt med meg. Kanskje ville sykepleierne i et fokusgruppeintervju sagt seg enige med hverandre og påvirket hverandres formidlinger, og kanskje ville informasjon ha blitt tilbakeholdt i frykt av hva de andre ville tenke om det som ble delt i intervjuet. I en survey hadde det trolig vært vanskelig å gjengi personlige opplevelser i et avkrysningsskjema, det er mulig at sykepleierne hadde krysset av i den nærmeste boksen som virket relevant. Det er også mulig at sykepleierne ville ha latt vær å svare i frykt av at personlig informasjon ville offentliggjøres. Slik jeg ser det har semistrukturerte intervju i form av dybdeintervju bidratt til

å gi særdeles gode svar på mitt forskningsspørsmål. Jeg håper at min studie kan bidra til å fremme sykepleiernes stemme, slik at de kan få den oppfølgingen og ivaretagelsen de trenger til å stå stødig i sin arbeidshverdag i skjermede sykehjemsavdelinger for personer med demenssykdom. Videre håper jeg at vi på denne måten også kan sikre økt rekruttering av sykepleiere og annet høyere helsefagutdannet personell til kommunehelsetjenestens demensomsorg.

Slik jeg ser det er forskning på sykepleieres personlige opplevelser i møte med utfordrende atferd ved demenssykdom uhyre viktig med tanke på den økende forekomsten av demenssykdom vi vil møte i årene fremover. Jeg tenker at det er absolutt både rom og grunnlag til å forske mer på dette viktige temaet, da fysiske og psykiske angrep fra demenssyke pasienter kan føre til konsekvenser som negative følelser hos pleieren som jobber i demensomsorgen, og kan føre til økt sykefravær og videre at pleiere slutter i yrket. Slik jeg ser det er denne forskningsoppgaven en type kunnskap som kan tas med inn i videre arbeid for å gi sykepleierne i skjermede sykehjemsavdelinger tettere oppfølging og sørge for en tryggere arbeidshverdag. Vi må ikke normalisere å bli utsatt for ekstreme episoder med utfordrende atferd. Av mange spørsmål som kan bli besvart gjennom videre forskning, er det flere studier jeg kunne ønske å se et ferdig resultat fra. Gjerne et studie som belyser hvordan økt grad av bemanning og tid til pasientrettet pleie kan påvirke grad av utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom i skjermede sykehjemsavdelinger. Videre kunne jeg også tenkt meg å sett et resultat av en studie som omhandler enhetsledere og avdelingsledere opplevelser av personaloppfølging i skjermede sykehjemsavdelinger etter episoder med utfordrende atferd.

Referanseliste

- Aiken, L. H. Sloane., D. M. ; Bruyneel, L.; Van den Heede, K. ; Griffiths, P. ; Busse, R.; Diomidous, M. ; Kinnunen, J.; Kozka, M. ; Lesaffre, E.; McHugh, M. D. ; Moreno-Casbas, M. T. ; Rafferty, A. M. ; Schwendimann, R. ; Scott, P. A. ; Tishelman, C. ; van Achterberg, T. ; Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383 (9931), 1824-30. 10.1016/S0140-6736(13)62631-8
- Balteskard, B. (2015). Rom for alderdommens sårbarhet. I: Kjær, T. A. M., Kari (red.) red. *Utenfor tellekantene. Essays om rom og rommelighet*, s. [77]-92. Bergen: Fagbokforl., 2015.
- Boström, A. M. S., J. ; Mitchell, A. ; Sales, A. E. ; Estabrooks, C. A. (2012). Workplace aggression experienced by frontline staff in dementia care. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (9-10), 1453-1465. 10.1111/j.1365-2702.2011.03924.x
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg : veien til bedre tjenester*. Person-centred dementia care. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse Forl. Aldring og helse.
- Demensplan 2020*. (2015). Helse og omsorgsdepartementet, Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf [Lest 1. mai 2020].
- Drennan, J. L., Attracta; Treacy, Margareth Pearl; Fealy, Gerard; Phelan, Amanda; Lyons, Imogen; Hall, Patricia. (2012). Older People in Residential Care settings. Results of a National Survey of Staff-Resident Interactions and Conflicts. (2012-12). Tilgjengelig fra: <https://www.lenus.ie/handle/10147/301725> [Lest 23. mars 2020].
- Engedal, K. H., Per Kristian. (2018). Om demens. I: Engedal, K. H., Per Kristian (red.) red. *Demens - sykdommer, diagnostikk og behandling*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse - akademisk.
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* (2003). Lovdata Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>.
- Gadamer, H. G. (2012). *Sannhet og metode : grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax.
- Garden, M.H. & Hauge, S. (2012). Kampen for pasientens beste ; sykepleieres opplevelse av å delta i bruk av tvang overfor personer med demens. *Vård i Norden (trykt utg.)*, 32 (4), 18-22. 10.1177/010740831203200405
- Hansen, K. (1995). *Opmærksomhed : [fem taler]*. Hadsten: Mimer.
- Helsedirektoratet. (2019a). *Kompetanseløft 2020*. 6 s. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/kompetanseloft-2020>. [Lest 16.april 2020].

- Helsedirektoratet. (2019b). Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonal-kartlegging-av-tilbudet-til-personer-med-demens/tilrettelagte-bo-og-behandlingstilbud-for-personer-med-demens> [Lest 16.april 2020].
- Holst, A., & Skär, L. (2017). Formal caregivers' experiences of aggressive behaviour in older people living with dementia in nursing homes: A systematic review. *International journal of older people nursing*, 12 (4). 10.1111/opn.12158
- Isaksson, U. Graneheim, U.H. ; Åström, S. Karlsson, S. (2011). Physically violent behaviour in dementia care: Characteristics of residents and management of violent situations. *Aging & Mental Health*, 15 (5), 573-579. 10.1080/13607863.2011.556600
- Isdal, P. (2017). *Smittet av vold : om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelperyrkene*. Bergen: Fagbokforl.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Anthony B. Zwi, A. B. & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health : summary*. Geneva: World Health Organization. Tilgjengelig fra: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;jsessionid=36FE9136A8C110B0D0C64A0D5D285DC2?sequence=1.
- Kvale, S. (c1996). *Interviews : an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand oaks, Calif: Sage.
- Kvale, S., Brinkmann, S. . (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. utg. Interview[s] learning the craft of qualitative research interviewing. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lachs, M. et al. (2013). Verbal and Physical Aggression Directed at Nursing Home Staff by Residents. *Journal of General Internal Medicine*, 28 (5), 660-667. 10.1007/s11606-012-2284-1
- Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)*. (2006). Lovdata. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62> [Lest 24. april 2020].
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. (1999). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettigheter> [Lest 24. april 2020].
- Løgstrup, K. E. (1983). *System og symbol*. København: Gyldendal.
- Løgstrup, K. E. (1991). *Den etiske fordring*. 2. udg. utg. Copenhagen: Gyldendal.
- Malmedal, W., Ingebrigtsen, O. & Saveman, B. I. (2009). Inadequate care in Norwegian nursing homes – as reported by nursing staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23 (2), 231-242. 10.1111/j.1471-6712.2008.00611.x
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utg. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforl.

- Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup : om etikk og sanselighet i sykepleien*. 2. utg. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, K. & Eriksson, K. (2009). *Å se og å innse : om ulike former for evidens*. Oslo: Akribe.
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup & sykeplejen*. Løgstrup og sykepleien. Aarhus: Klim.
- Martinsen, K. (2014a). "Vil du meg noe?". I: Alvsvåg, H., Førland, O. & Jacobsen, F. F. red. *Rom for omsorg?* Bergen: Fagbokforl.
- Martinsen, K. (2018). *Bevegelig berørt*. Bergen: Fagbokforl.
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. 2. utg. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Rognstad, M. K. & Nåden, D. (2011). utfordringer og kompetanse i demensomsorgen – Pleieres perspektiv. *Nordisk sygeplejeforskning* (02), 143-155.
- Rokstad, A. M. M. (2008a). Hva er demens? I: Rokstad, A. M. M. Smebye, K. L. (red) red. *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo: Akribe a.s.
- Rokstad, A. M. M. (2008b). utfordrende atferd. I: Rokstad, A. M. M. Smebye, K. L. (red) red. *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo: Akribe a.s.
- Romsland, G. I. (2011). *Kognitiv svikt : lærebok for fagfolk i møte med mennesker med ervervet hjerneskade*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Selbæk, G. (2005). Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125 (11), 1500-1502.
- Selbæk, G. (2018). Nevropsykiatriske symptomer. I: Engedal, K. H., Per Kristian (red.) red. *Demens - sykdommer, diagnostikk og behandling*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse - akademisk.
- Støback, A. M. (2015). Atferd er uttrykk for personlige opplevelser - Om kompetanseprogrammet "Forståelse og mestring av utfordrende atferd hos personer med demenssykdom". *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1 (01/2015). Tilgjengelig fra: https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2015/01/atferd_er_uttrykk_for_pers_onlige_opplevelser_-_om_kompetans [Lest 23. mars 2020].
- Søgaard, V. Y. (2015). Det er de små ting der gjør hverdagen travl. *Sygeplejersken*. , 6 (11.maj 2015). Tilgjengelig fra: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2015-6/farlig-travlhed> [Lest 21. april .2020].
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 3. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Torset, N. S. N., K.; Dommerud, T. ; Strøm, T. ; Furuly, J.G.; Molvik, J. S. . (2019). Hver dag utøver eldre vold på norske sykehjem. *Aftenposten A-magasinet* #48 (29.november 2019), 18-35. Tilgjengelig fra: <https://www.aftenposten.no/a-magasinet/i/mRE0z0/sykehjemsvolden->

[13000-voldsepisoder-paa-norske-sykehjem-i-fjor-aftenposten-har-faatt-innsyn-i-alle](#) [Lest 16.april 2020].

Vedlegg

Vedlegg 1 – Samtykke fra NSD

NSD Personvern

02.07.2019 17:42

Tilbakemelding på meldeskjema med referansekode 560694: NSD har vurdert at personvernulempen i denne studien er lav. Du har derfor fått en forenklet vurdering med vilkår.

HVA MÅ DU GJØRE VIDERE? Du har et selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i denne vurderingen. Når du har gjort dette kan du gå i gang med datainnsamlingen din.

HVORFOR LAV PERSONVERNULEMPE? NSD vurderer at studien har lav personvernulempe fordi det ikke behandles særlige (sensitive) kategorier eller personopplysninger om straffedommer og lovovertridelser, eller inkluderer sårbare grupper. Prosjektet har rimelig varighet og er basert på samtykke. Dette har vi vurdert basert på de opplysningene du har gitt i meldeskjemaet og i dokumentene vedlagt meldeskjemaet.

VILKÅR Vår vurdering forutsetter: 1. At du gjennomfører datainnsamlingen i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet 2. At du følger kravene til informert samtykke (se mer om dette under) 3. At du laster opp oppdatert(e) informasjonsskriv i meldeskjemaet og sender inn meldeskjemaet på nytt. 4. At du ikke innhenter særlige kategorier eller personopplysninger om straffedommer og lovovertridelser 5. At du følger retningslinjene for informasjonssikkerhet ved den institusjonen du studerer/forsker ved (behandlingsansvarlig institusjon) 6. Utvalget ditt har taushetsplikt. Det er viktig at datainnsamlingen gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon.

KRAV TIL INFORMERT SAMTYKKE De registrerte (utvalget ditt) skal få informasjon om behandlingen og samtykke til deltakelse. Informasjonen du gir må minst inneholde: - Studiens formål (din problemstilling) og hva opplysningene skal brukes til - Hvilken institusjon som er

behandlingsansvarlig - Hvilke opplysninger som innhentes og hvordan opplysningene innhentes - At det er frivillig å delta og at man kan trekke seg så lenge studien pågår uten at man må oppgi grunn - Når behandlingen av personopplysninger skal avsluttes og hva som skal skje med personopplysningene da: sletting, anonymisering eller videre lagring - At du behandler opplysninger om den registrerte (utvalget ditt) basert på deres samtykke / At du behandler opplysningene om dine deltagere basert på deres samtykke - At utvalget ditt har rett til innsyn, retting, sletting, begrensning og dataportabilitet (kopi) - At utvalget ditt har rett til å klage til Datatilsynet - Kontaktopplysninger til prosjektleder (evt. student og veileder) - Kontaktopplysninger til institusjonens personvernombud Ta gjerne en titt på våre nettsider og vår mal for informasjonsskriv for hjelp til formuleringer:

nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/informere_om.html Når du har oppdatert informasjonsskrivet med alle punktene over laster du det opp i meldeskjemaet og trykker på «Bekreft innsending» på siden «Send inn» i meldeskjemaet.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 09.06.2020.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). Dersom du benytter en databehandler i prosjektet, må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

NSD SIN VURDERING NSDs vurdering av lovlig grunnlag, personvernprinsipper og de registrertes rettigheter følger under, men forutsetter at vilkårene nevnt over følges.

LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Forutsatt at vilkårene følges, er det NSD sin vurdering at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER Forutsatt at vilkårene følges, vurderer NSD at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet, vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19) og dataportabilitet (art. 20). Forutsatt at informasjonen oppfyller kravene i vilkårene nevnt over, vurderer NSD at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. **MELD VESENTLIGE ENDRINGER** Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Karin Lillevold Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 2 – Intervjuguide

Intervjuguide

Hjelperens sårbarhet - Om sykepleieres personlige opplevelser og erfaringer med utfordrende atferd hos personer med demenssykdom i sykehjem

Oppvarmingsspørsmål

Hvor lang erfaring har du som sykepleier?

Hvor lenge har du jobbet på denne avdelingen?

Hvor mange pasienter er det på avdelingen du jobber på?

Hovedspørsmål

Hva legger du i begrepet utfordrende atferd?

I hvilke anledninger har du erfart og opplevd at utfordrende atferd hos personer med demenssykdom, har oppstått?

Har du deltatt på kompetanseløft i forbindelse med hvordan møte utfordrende atferd hos personer med demenssykdom? Hvis ja, hvordan vil du beskrive effekten av kompetanseløftet i din arbeidshverdag?

Vil du fortelle en historie fra en opplevelse med utfordrende atferd hos personer med demenssykdom? (Eventuelle oppfølgingsspørsmål: Hvilke reaksjoner fikk du etter denne opplevelsen? Hva opplevde du som spesielt utfordrende i denne situasjonen?

Hvilke tanker gjorde du deg i situasjonen og etter hendelsen?)

Etter denne opplevelsen du nå har fortalt om, fikk du noen form for oppfølging på arbeidsplassen?

Har du noen gang gruet deg til å gå på jobb eller hatt sykefravær i etterkant av episoder med utfordrende atferd hos personer med demenssykdom? Hvis nei – vet du om kollegaer på samme arbeidsplass har gruet seg til å gå på jobb eller hatt sykefravær i etterkant av episoder med utfordrende atferd hos personer med demenssykdom?

Hvordan vil du beskrive trivselsnivået blant personalet på avdelingen du jobber på?

Nå nærmer vi oss slutten av intervjuet. Har du tanker om endringer som kan gjøres i sykehjemsavdelinger for personer med demenssykdom, eller i organisasjonen, for oppfølging av sykepleiere og annet helsepersonell i som blir utsatt for utfordrende atferd hos personer med demenssykdom?

Takk for at du ville stille opp på intervjuet. Lykke til videre i din gjerning som sykepleier.

Vedlegg 3 – Forespørsel om rekruttering av informanter

Forespørsel om rekruttering av informanter

Til enhetsledere i kommune

Jeg heter May Britt Bruun og jeg studerer master i helsefag, studieretning aldring og eldreomsorg, ved UIT Norges arktiske universitet. Jeg skal skrive en masteroppgave om sykepleieres personlige opplevelser og erfaringer i møte med utfordrende atferd hos pasienter som har demenssykdom i sykehjem. Eksempelvis vil jeg undersøke hva som kan oppleves som utfordrende atferd for hver enkelt sykepleier. Videre vil jeg forske på hvilke tanker og følelser som vekkes i sykepleierne i situasjoner med utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom.

Til dette prosjektet ønsker jeg å intervju 5-6 sykepleiere som daglig jobber med pasienter med demenssykdom på skjermet sykehjemsavdeling for pasienter med demenssykdom, og søker med dette tillatelse til å gjøre min forskning i kommune. Aktuelle sykepleiere må ha jobbet med pasientrettet arbeid i avdelingene i minst to år, slik at de har kjennskap til utfordrende atferd ved demenssykdom. Det er positivt om noen av sykepleierne har deltatt i noen form for kompetanseløft (Demensfyrtårn, ABC-demens, videreutdanning etc), men dette er ikke et krav. Jeg ber om dere er behjelpelige med å finne sykepleiere som sier seg villig til å delta i forskningsprosjektet.

Deltakelsen er frivillig, og det gis god informasjon om forskningsprosjektet til hver deltaker. Sykepleierne blir bedt om å skrive under på en samtykkeerklæring for å bekrefte sin frivillige deltakelse. Videre har sykepleierne også full rett til å trekke seg fra forskningsprosjektet når som helst, uten at det får negative konsekvenser. Alle etiske retningslinjer innen forskning følges.

Beste hilsen

May Britt Bruun

Vedlegg 4 – Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet «*Hjelperens sårbarhet – Om sykepleieres personlige opplevelser og erfaringer i møter med utfordrende atferd hos pasienter i sykehjem som har demenssykdom*»

Bakgrunn og formål

Formålet med forskningsprosjektet er å se nærmere på hvordan sykepleiere i sykehjemsavdelinger for personer med demenssykdom opplever og erfarer møter med utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom, for å kunne skrive om dette i min mastergradsoppgave. Jeg er mastergradsstudent ved UIT - Norges arktiske universitet, studieretning Aldring og eldreomsorg. Ved å fokusere på og anerkjenne sykepleiernes personlige erfaringer og opplevelser i møte med utfordrende atferd ved demenssykdom, tenker jeg at vi kan sette et økt fokus på- og bevisstgjøre at sykepleiere i sykehjem også er en sårbar gruppe mennesker, som har et behov for god ivaretagelse og oppfølging. Eksempelvis vil jeg undersøke hva som kan oppleves som utfordrende atferd for hver enkelt sykepleier. Det endelige målet vil være å få til en kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenester til pasienter med demenssykdom, når vi sørger for at deres sykepleiere blir godt ivaretatt i sin arbeidshverdag.

Hva innebærer deltakelse i forskningsprosjektet?

Jeg ønsker å intervju deg på tomannshånd om dine opplevelser og erfaringer med utfordrende atferd fra pasienter som har demenssykdom. Intervjuet vil ha en varighet på ca 1 time og vil bli tatt opp på lydbånd.

Hva skjer med opplysningene fra deg?

Lydinnholdet vil brukes til å skrive om samtalen til tekst, og vil slettes etter bruk. Personlige opplysninger vil behandles konfidensielt, basert på ditt samtykke. Du som informant har rett til innsyn, retting, sletting, begrensning og dataportabilitet (kopi), du har også rett til å klage til Datatilsynet. Videre vil du som informant vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen, da alle opplysningene anonymiseres. Ditt navn og din arbeidsplass vil ikke komme frem i forskningsprosjektet. Det er kun jeg som forsker og min veileder som har tilgang til opplysningene som fremkommer under intervjuet. Lydopptaket og senere tekstmateriale vil bli lagret på en passordbeskyttet pc som brukes i forskningsarbeidet. Forskningsprosjektet planlegges avsluttet i mai 2020. Personopplysninger og lydopptak vil da bli slettet fra pcen, relevante funn vil anonymiseres og brukes i videre forskning på feltet.

Personvernombud ved UIT - Norges arktiske universitet: Joakim Bakkevold. Tlf 77646322 og 97691578

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i dette forskningsprosjektet, og du informeres herved om at du når som helst kan trekke ditt samtykke uten å oppgi grunn. Dersom du velger å trekke deg vil intervjuet du har avgitt bli slettet umiddelbart.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål om forskningsprosjektet, ta kontakt med

May Britt Bruun, tlf 90635279 eller veileder Bjørg Balteskard, tlf 77058350

Forskningsprosjektet er meldt til NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, Personvernombudet for forskning.

Samtykke til å delta i forskningsprosjektet

Jeg har mottatt informasjon om forskningsprosjektet, og ønsker å delta

(Signert av deltaker, dato)

