



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Sykepleiernes møte med utfordrende atferd i Sykehjem – En kvalitativ studie

Susanne Andersen

Masteroppgave i aldring og geriatrisk helsearbeid, HEL- 3963, mai 2022

Antall ord: 24 994

Grendstad (1978) skriver om atferd:

Atferd er min måte å oppføre meg på. Det er min måte å være på. Det er min måte å handle på. Atferd er det når jeg snakker med mennesker eller når jeg bare ser på dem uten å si noe. Ja, det er atferd selv om jeg hverken snakker med dem eller ser på dem, men bare er der. Jeg kan være til stede i en flokk mennesker på mange måter. Jeg kan trekke meg tilbake eller jeg kan være aktiv og pågående. Jeg kan være høflig, hjelpsom og respektfull eller jeg kan være det motsatte. I en gruppe er jeg rolig og avslappet, i en annen rastløs og anspent. Overfor noen mennesker kan jeg være åpen og fortrolig. Overfor andre opptrer jeg kjølig og tilknapet. Enkelte lokker fram det gode og positive i meg. Andre virker slik at jeg blir negativ, kald og avvisende. (s. 8)

Forord

I skrivende stund har jeg mange tanker rundt innlevering av en mastergradsoppgave. Det har vært en innholdsrik, lærerik og ikke minst en interessant studietid. En treårig masterstudie går nå mot slutten og innerst inne kjennes dette litt vemodig ut. Jeg har blitt kjent med så mange flotte studenter, veiledere og forelesere. Takk til dere alle for kunnskapsdeling og inspirasjon!

Jeg vil takke spesielt til de seks sykepleierne som har stilt opp til intervju i forbindelse med mitt mastergradsprosjekt. Det ble noen innholdsrike intervjumøter som bar preg av engasjerte, modige og ikke minst dyktige sykepleiere. Jeg blir ikke å glemme dere. Dere er gull verdt!

Takk til omsorgssjefer og avdelingsledere for fine tilbakemeldinger og hjelp til å rekruttere informanter.

En stor takk til en raus, tålmodige og ikke minst støttende veileder Gunn Mari Holdø.

For ikke å snakke om universitetsbiblioteket. Til dere vil jeg si: «Tusen takk!»

Jeg vil også takke min arbeidsplass, som har gitt meg støtte, rom og tid til å kunne gjennomføre min mastergradsoppgave.

Og sist, men ikke minst til min lille familie som har støttet meg i tykt og tynt. Takk! Til min kjære Matthew for at du har støttet meg i utallige mange timers skriving og diverse studiereiser fra høsten 2019- våren 2022. Jeg vil takke dere for å ha holdt ut de siste månedene hvor jeg har vært fraværende det meste av tiden. Dere får meg tilbake etter 3. mai har jeg nå sagt.

Harstad, 3.mai 2022

Susanne Andersen

Sammendrag

Hensikt: Formålet med denne oppgaven er å undersøke sykepleiernes forståelse og deres ulike tilnærminger i møte med pasienter med demenssykdom og utfordrende atferd.

Bakgrunn: I 2020 var det cirka 1 011 18 personer med demens, som til sammen utgjør 1,88 % av befolkningen i Norge. Demens er en av de mest utbredte sykdommene hos eldre og utgjør den største globale utfordringen i helsevesen. Den økende mentale svikten kan også føre til atferdsproblemer av ulike slag, som aggresjon, mistenksomhet, hallusinasjoner, ensomhet, forvirring, angst og depresjon i ulik grad. Begreper som brukes for å beskrive disse sykdommene er atferdsmessige og psykologiske symptomer på demens (BPSD), utfordrende atferd, vanskelig atferd og forstyrret atferd. I amerikansk litteratur er begrepet nevropsykiatriske symptomer (NPS) mer utbredt.

Design og metode: Forskningsdesignet som er valgt å bruke i undersøkelsen er kvalitativt design med semistrukturert intervju som metode. Intervjuene ble utført med sykepleiere. Analyseprosessen er basert på Braun og Clarke (2006) sin tematiske analyse. Det er benyttet en induktiv analyseform, fra empirisk til teoretiske perspektiver.

Resultat: I analysen ble det gjort funn av følgende hovedkategorier med tilhørende underkategorier. Hovedkategoriene er «sykepleiernes forståelse for utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom», «sykepleiernes refleksjoner fra å jobbe med pasienter med demenssykdommer og utfordrende atferd», «ulike tilnæringsmåter i møte med pasienter med demenssykdom og utfordrende atferd» og «behov for kunnskap for å håndtere utfordrende atferd».

Konklusjon: Denne studien viser at det er givende å jobbe i demensomsorgen, men også krevende og utfordrende å stå i vanskelige situasjoner når pasienter viser ulike typer atferd. Det stilles krav til helsepersonell i dag i forhold til hvordan man går i møte med personer med demenssykdom og de utfordringer som ligger der. Resultater fra denne undersøkelsen viser at man er nødt til å ha gode rammer og forståelse for demenssykdom, samtidig også forståelse for pasientens behov. Studien gir videre en beskrivelse av deltakernes refleksjoner rundt utfordrende atferd. Sykepleierne gir uttrykk for at det er vanskelig å forstå og håndtere ulike atferdsproblematikker. Det kommer frem av studien at å jobbe i lag som et team og være personsentret, er de beste forutsetningene for at personer med demens skal få en verdig alderdom. Bakgrunnshistorie, våre holdninger og verdier er vel så viktige. Resultater fra min

studie viser at ulike tilnæringsmåter kan forhindre utfordrende atferd. Hovedfokuset og deltakernes grunntenkning er å jobbe miljøterapeutisk.

Nøkkelord: Demens, utfordrende atferd, nevropsykiatriske symptomer, sykepleiere, sykehjem, kvalitativ studie, Alzheimers, agitasjon, aggressiv atferd, BPSD.

Abstract

Purpose: The purpose of this thesis is to examine the nurses' understanding and their different approaches in dealing with patients with dementia and challenging behavior.

Background: In 2020, there were approximately 1,01118 people with dementia, which together make up 1.88% of the population in Norway. Dementia is one of the most prevalent diseases in the elderly and poses the greatest global challenge in public health. The increasing mental failure can also lead to different behavioral problems, such as aggression, suspicion, hallucinations, loneliness, confusion, anxiety, and depression to varying degrees. Terms used to describe these symptoms are behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD), challenging behavior, difficult behavior, and disturbed behavior. In American literature, the term neuropsychiatric symptoms (NPS) are more common.

Design and method: The research design that has been chosen to use in the survey is qualitative design with a semi-structured interview as a method. The interviews were conducted with nurses. The analysis process is based on Braun and Clarke's (2006) thematic analysis. An inductive form of analysis has been used, from empirical to theoretical perspectives.

Result: In the analysis, findings were made of the following main categories with associated subcategories. The main categories are «nurses' understanding of challenging behavior in patients with dementia», «nurses' reflections from working with patients with dementia and challenging behavior», «different approaches in dealing with patients with dementia and challenging behavior» and «need for knowledge to deal with challenging behavior».

Conclusion: This study shows that it is rewarding to work in dementia care, but also demanding and challenging to stand in difficult situations when the patient shows different types of behavior. Requirements are set for health personnel today in relation to how to deal with people with dementia and the challenges that lie there. Results from this study show that we must have a good framework and understanding of dementia diseases, at the same time also an understanding of the patient's needs. The study also provides a description of the participants' reflections on challenging behavior. The nurses express that it is difficult to understand and deal with various behavioral problems. The study shows that working in teams and being person-centered are the best prerequisites for people with dementia to have a dignified old age. Background history, our attitudes and values are just as important. Results

from my study show that different approaches can prevent challenging behavior. The focus and the participants' basic thinking is to work with environmental therapy.

Keywords: Dementia, challenging behavior, neuropsychiatric symptoms, nurses, nursing homes, qualitative study, Alzheimer's, agitation, aggressive behavior, BPSD.

Innholdsfortegnelse

1	Beskrivelse av tema og problemstilling	1
1.2	Innledning	1
1.3	Bakgrunn for valg av tema	2
1.4	Hensikt og forskningsspørsmål	3
2	Aktuell forskning på feltet.....	5
2.1	Søkeprosess	5
2.2	Sammenfatning av forskning.....	6
2.3	Miljøterapeutiske tiltak versus medisinerings.....	6
2.4	Kommunikasjon.....	7
2.5	Personsentrerte tilnærminger	7
2.6	Opplevelser i møte med utfordrende atferd.....	8
2.7	Kunnskap, kompetanseheving og faglig oppdatering.....	8
3	Teori	10
3.1	Demens – definisjon og diagnostisering.....	10
3.2	Sykehjem	10
3.3	APSD – Utfordrende atferd ved demenssykdom	11
3.4	Personsentrert Omsorg	13
3.5	Atferd - en form for kommunikasjon	15
4	Metode.....	16
4.1	Forskningsdesign	16
4.2	Kvalitativ forskningsmetode.....	16
4.3	Utvalg og rekruttering av deltakere	17
4.3.1	Oppsett på inklusjonskriterier fra informasjonsskriv	17
4.4	Gjennomføring av intervjuene.....	18
4.5	Presentasjon av prosjektets deltakere	18
4.6	Transkripsjon	20

4.7	Analyse	20
4.8	Fremstilling av hovedkategorier og underordnede kategorier.....	23
4.9	Forskningsetiske og personvernmessige hensyn	24
4.9.1	Forskningsetiske problemstillinger	24
4.9.2	Metodiske Overveielser.....	25
5	Resultat.....	27
5.1	Sykepleiernes forståelse for utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom .	27
5.1.1	Å se det fra pasientens perspektiv	28
5.1.2	Bakenforliggende årsaker til utfordrende atferd	29
5.1	Sykepleiernes refleksjoner fra å jobbe med pasienter med demenssykdom og utfordrende atferd.....	32
5.1.1	Når atferden blir utfordrende.....	32
5.1.2	Resultatet av pasient møtene er personavhengig.....	34
5.1.3	Samarbeid for pasientens beste	35
5.1.4	Å sanse sinnsstemningen i møte med personer med demenssykdom	36
5.2	Ulike tilnæringsmåter i møte med pasienter med demenssykdom og utfordrende atferd	38
5.2.1	Betydningen av tillitsskapende arbeid.....	38
5.2.2	Miljøterapeutisk tiltak versus medisinerig	40
5.2.3	Riktig kommunikasjon kan forhindre utfordrende atferd	42
5.3	Behov for kunnskap for å håndtere utfordrende atferd.....	44
5.3.1	Deling av kunnskap	44
5.3.2	Kartlegging og refleksjoner.....	45
6	Diskusjon.....	47
6.1	Sykepleierens forståelse for utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom .	47
6.1.1	Å se det fra pasientens perspektiv	47
6.1.2	Bakenforliggende årsaker til vanskelig atferd.....	49

6.2	Sykepleiernes refleksjoner fra å jobbe med pasienter med demenssykdom og utfordrende atferd.....	52
6.2.1	Når atferden blir utfordrende.....	53
6.2.2	Resultatet av pasient møtene er personavhengig.....	55
6.2.3	Samarbeid for pasientens beste	56
6.2.4	Å sanse sinnsstemningen i møte med personer med demenssykdom	57
6.3	Ulike tilnæringsmåter i møte med pasienter med demenssykdom og utfordrende atferd	58
6.3.1	Betydningen av tillitsskapende arbeid.....	58
6.3.2	Miljøterapeutiske tiltak versus medisinerer	60
6.3.3	Riktig kommunikasjon kan forhindre utfordrende atferd	62
6.4	Behov for kunnskap for å håndtere utfordrende atferd.....	63
6.4.1	Deling av kunnskap	63
6.4.2	Refleksjon og kartlegging	64
7	Avslutning	65
7.1	Oppsummering av funn	65
7.2	Studiens implikasjoner	66
	Referanseliste	67
	Vedlegg	71
	Tabell 1 Presentasjon av deltakere	19
	Tabell 2 Data utdrag, med bruk av koder fra (Braun & Clarke, 2006, s. 88).....	21
	Tabell 3 Hoved- og underordnede kategorier	23
	Figur 1 Mulige årsaker og tolkninger av Atferd og Psykologiske Symptomer ved Demens (APSD).....	13
	Figur 2 De viktigste psykologiske behov hos folk med demens.....	14

1 Beskrivelse av tema og problemstilling

I dette kapittelet presenteres bakgrunn for valg av tema, studiens relevans, hensikt og forskningsspørsmål.

1.2 Innledning

I min forskning ønsker jeg å se på hvordan sykepleiere forstår utfordrende atferd hos personer med demenssykdom i sykehjem, og ulike tilnærminger i møte med slike situasjoner. Jeg har selv jobbet flere år som sykepleier i sykehjem hvor utfordrende atferd har vært især fremtredende. I mange situasjoner møter helsepersonell utfordrende atferd som på mange måter oppfattes som vanskelig å håndtere. Ofte blir medikamentell foreskriving eneste løsning der man ikke kommer til bunns i ulike problemstillinger i møte med pasienten. Jeg har flere ganger sett at dette fører til nedsatt livskvalitet hos den eldre pasient hvor helsetilstand gradvis forverres. Fra eget praksisfelt har jeg ofte undret meg over hva som skjer i de ulike situasjoner hvor pasienten viser ulike typer atferd. Av egen erfaring opplever jeg at det kan være vanskelig å forstå hva som ligger bak atferden. Gjennom samtaler med mine kollegaer oppfatter jeg at vi har ulike tanker og forståelse for hvorfor utfordrende atferd oppstår i enkelte situasjoner. Utfra min oppfatning sett fra et sykepleierfaglig ståsted er at helsepersonell tolker og håndterer arbeidsmåter rundt atferdsproblematikker på ulik måte.

Det tema som reises i min mastergradsoppgave mener jeg er av relevans, fordi forekomsten av demenssykdom vil være et økende problem i framtiden. Derfor er det viktig at personalet og sykepleierne er rustet for å møte personer med demenssykdom og de ulike problemstillinger rundt utfordrende atferd. Nedskjæringer som følge av sparing og dårligere økonomi er et økende problem og gir et dårligere grunnlag på spesielt eldreomsorgen. Behov for økende kunnskap om hvordan vi kan møte personer med demenssykdom og utfordrende atferd gir meg et grunnlag til å forske videre på dette.

Ifølge Demenskartet (Aldring & Helse, u.å.) var det i 2020 omtrent 101118 personer med demenssykdom som utgjør totalt 1.88% av befolkningen i Norge. Ifølge Engedal og Tveito (2019, s. 363), finnes det i dag om lag 80000 – personer med demens og forekomsten vil stige med økende alder, betydelig etter 75 års alderen.

Utfordringer vi møter som følge av økt levealder og endret alderssammensetning vil fordobles de neste 30-40 årene. Dette betyr at de fleste har behov for ulike hele tjenester deriblant

sykehjem. Dagens kommunale helse- og omsorgstjeneste er ikke tilstrekkelig bygd opp og tilrettelagt for personer med demens. Det er derfor nødvendig med endringer og forbedring med tanke på blant annet tjenestens kompetanse. Personer med demenssykdom skal bli møtt med forståelse og respekt (Helse- og omsorgsdepartementet, u.å.).

Overordnet tema for oppgaven blir *utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom i sykehjem*.

1.3 Bakgrunn for valg av tema

I følge Knapskog et al. (2021) er Alzheimers sykdom den hyppigste årsaken til demens i verden. Forekomsten vil øke betydelig i årene som kommer i takt med andelen av eldre som øker. I følge Helse- og omsorgsdepartementet (u.å.) har omtrent 60% av alle med demens Alzheimers sykdom. Foruten om Alzheimers forekommer det demenstyper som vaskulær betinget demenssykdom, parkinson sykdom, frontotemporal og demens med lewy-legemer. Selbæk (2018, s. 246-249) skriver at den økende mentale svikten også kan føre til atferdsproblemer av ulik art, som for eksempel aggresjon, mistenksomhet, hallusinasjoner, ensomhet, forvirring, angst og depresjoner i forskjellige grad. Videre står det at nevropsykiatriske symptomer (NPS) er et bredt begrep som omfatter flere symptomer. Andre betegnelser som er brukt for å beskrive disse symptomene er atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD), utfordrende atferd, vanskelig atferd og forstyrret atferd. World Health Organization (1993) ivrer for at en fortsatt skal bruke begrepet APSD, mens en i amerikansk faglitteratur ser at begrepet nevropsykiatriske symptomer (NPS) er mer utbredt. I min undersøkelse vil jeg bruke begrepet utfordrende atferd.

Demenssykdom er en av de mest utbredte sykdommene hos eldre mennesker og utgjør den største globale utfordringen i offentlig helsetjeneste. Ifølge data fra World Alzheimer Report 2015 (Alzheimer's Disease International, referert i Millan-Calenti et al., 2016), lever nesten 47 millioner mennesker med demens i 2015, og antallet vil dobles hvert 20. år. I følge Millan-Calenti et al. (2016) defineres agitasjon som upassende verbal fremtredelse og motorisk aktivitet, samtidig et forhold mellom disse og udekkede behov. Pasienter har redusert evne til å håndtere miljøstimulering og å kommunisere behov. Videre viser forskningen at det er tegn til mer agitasjon hos pasienter med Alzheimers enn hos andre pasienter med vaskulær eller andre typer demens. Søkelyset på Alzheimers i deres studie har vært relevant, fordi effekten

på ulike ikke-farmalogiske behandlinger på agitasjon kan ha vært forskjellig avhengig av undertype og alvorlighetsgraden av demens (Millan-Calenti et al., 2016).

Flere studier påpeker at miljømessige tiltak og personsentret omsorg er førstelinjehandling i arbeid med personer med demenssykdom i sykehjem (Abraha et al., 2017; Backhouse et al., 2016; Cohen-Mansfield, 2013; Kerns et al., 2017; Millan-Calenti et al., 2016). På bakgrunn av høy risiko for alvorlige bivirkninger av antipsykotiske medisiner, viser disse studiene at medisinsk behandling mot plagsomme atferdsmessige og psykologiske symptomer har avtatt og det vies større oppmerksomhet mot omsorgsgiverstyrte ikke-farmalogiske terapier. Det er imidlertid ukjent hvordan disse intervensjoner brukes i omsorgshjem for å hjelpe personer med utfordrende atferd. Ifølge studien til Kerns et al. (2017) oppfattes det likevel av sykepleiere at den medisinske behandlingen som oftest er det mest gunstige og eneste løsning.

Ifølge Wyller (2015, s. 302-303), er ikke-medikamentelle tiltak hjørnesteinen i demensbehandling. Den ikke-medisinske intervensjonens hensikt er å forebygge utfordrende atferd ved å kjenne igjen og møte behov. Nøkkelen er å finne ut hva som er utløsende faktor til problematisk atferd. Ulike miljøterapeutiske tilnærminger kan være aktuelle i slike tilfeller.

1.4 Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke sykepleiernes forståelse av utfordrende atferd. I eget praksisfelt ser jeg at det er vanskelig å gi god nok omsorg i møte med denne type atferd hos personer med demenssykdom, for eksempel når pasienten ikke vil samarbeide, gråter eller nekter å ta imot hjelp. Sykepleiernes forståelse i møte med slik atferd og hva dette handler om er derfor av betydning for hvordan vi samarbeider med pasienten. Å ha hjerte for sine pasienter, samt kunnskap og innsikt har all betydning for hvordan vi møter deres behov. Det er fra dette feltet jeg har mest erfaring og jeg ser store utfordringer i denne sammenheng. Det viktig for meg at personalet jobber i lag og er mest mulig samstemte, men det ligger også utfordringer her. I denne undersøkelsen er målet mitt å finne ut hvordan sykepleiere forstår og møter utfordrende atferd og deres ulike tilnæringsmåter. Gjennom å snakke med sykepleiere som opplever denne praksisen, deres tanker og arbeidshverdag, samtidig få frem diskusjoner kan bidra til å øke mitt kunnskapsområde i eget praksisfelt.

I følge Helse- og omsorgsdepartementet (u.å.) er behovet for å etablere et demensvennlig samfunn blitt mer vektlagt de senere årene og er et av satsningsområdet i Demensplan 2020. Målet er å ivareta, og samtidig inkludere personer med demenssykdom i et fellesskap. Dette

krever større åpenhet og økt kunnskap om demens i samfunnet og i helse- og omsorgstjenesten spesielt. De mest sentrale målene og tiltakene til demensplanen 2020 er blant annet satsing på å øke kunnskap og kompetanse om demens og gi ansatte tilstrekkelig opplæring, samtidig utvikle og spre miljøterapeutiske metoder og arbeidsformer i hele landet i møte med denne pasientgruppen. Videre står det at Helsedirektoratet har som ansvarsområde å iverksette og gjennomføre demensplanen 2020.

Problemstillingen jeg i denne oppgaven ønsker å se nærmere på er:

«Hvordan forstår sykepleiere utfordrende atferd i møte med pasienter med demenssykdom og hvordan håndterer de situasjoner hvor utfordrende atferd oppstår?»?

Jeg vil avgrense oppgaven til å omhandle pasienter med demenssykdom som bor i sykehjem. I forskning om intervensjoner med denne type atferd beskrives både medikamentell og ikke - medikamentell behandling. I min oppgave vil jeg hovedsakelig se på miljømessige tiltak.

2 Aktuell forskning på feltet

I dette kapittelet presenteres søkeprosessen og en sammenfatning av aktuell forskning innen demenssykdom og utfordrende atferd.

2.1 Søkeprosess

Artikler jeg har valgt å inkludere i min undersøkelse er peer-reviewed, altså fagfellevurderte artikler og inneholder forståelse rundt, ulike håndterings og tilnæringsmåter i møte med personer med demenssykdom og utfordrende atferd. Inklusjonskriterier vil være artikler som handler om ikke-medisinske tiltak, og som er publisert mellom 2011-2022. Jeg startet søkeprosessen allerede i juni 2021. Via Pubmed gikk jeg på advanced, systematic review, og begrenset mine søk innen en 10 årsperiode.

Jeg har benyttet søkemotorene Cinahl og Pubmed via Universitetsbiblioteket.

Søkeordene jeg har valgt å bruke er: BPSD, Nursing home, Dementia. BPSD står for Behavioral and Psychological symptoms of Dementia. Det norske ordet for dette er atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD). Ved å bruke engelske søkeord fikk jeg ulike treff på forskning rundt tema.

Via søkemotoren Cinahl måtte jeg ekskludere flere artikler da de omhandlet utfordrende atferd hos hjemmeboende innenfor psykiatritjeneste. Eksklusjonskriteriene vil være artikler som omhandler pasienter utenfor sykehjem eksempelvis hjemmeboende og boliger for psykisk helsevern. Noen artikler jeg har inkludert inneholder både pasienter i sykehjem og hjemmeboende.

Ved å bruke Pubmed som søkemotor fant jeg en rekke interessante artikler som omhandler ikke-medisinske tiltak for å behandle atferdsforstyrrelser hos eldre pasienter med demens, utfordringer og løsninger.

I tillegg til tidligere søk gjorde jeg et nytt søk i Cinahl database mars 2022. Artikler som er inkludert er de jeg mener er av interesse for forskningsspørsmålet mitt. Artikler som er tatt med er fagfellevurderte og publisert i anerkjente tidsskrifter.

Engelske søkeord: Dementia OR Alzheimers, Forced, Coercion, Agitation OR Challenging behavior OR Nursing home OR Qualitative research OR Qualitative study.

Begrensning: +65 år

Tid: 2011 – 2022

Jeg har også brukt Oria som søkedatabase og har fått aktuelle treff jeg mener er av betydning for mitt prosjekt. Foruten om søkedatabaser som er nevnt her, har jeg gått på Aldring og

Helse sin nettside. Her finnes det flere publiserte forskningsartikler, samtidig sykepleien forskning.

Siste søk ble utført 25 april.

2.2 Sammenfatning av forskning

Etter en sammenfatning av resultater i aktuelle artikler, har jeg funnet noen hovedpunkter jeg mener er av relevans i min studie. Artikler er både litteraturstudier, systematiske reviewer med flere primærstudier, person sentrert kvalitativ forskning og mixed methods. I artiklene blir intervjupersoner omtalt som både sykepleiere, omsorgspersoner og helsepersonell.

2.3 Miljøterapeutiske tiltak versus medisinerer

En rekke studier fant at miljøterapeutiske intervensjoner gir gode resultater på utfordrende atferd og bør være førstelinjebehandling fremfor medikamentell behandling av atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (Abraha et al., 2017; Backhouse et al., 2016; Cohen-Mansfield, 2013; Holst & Skår, 2017; Kerns et al., 2017; Millan-Calenti et al., 2016). Videre påpeker disse studiene at kognitiv stimulering, som for eksempel strukturerte aktiviteter rettet mot ordspill, gåter, musikk og hagearbeid er tiltak som reduserer symptomatisk og alvorlig agitasjon. De hentyder også at musikkterapi har særlig god effekt. Videre viser studiene at fysisk berøring, menneskelig kontakt og multisensoriske miljøer er andre miljøbaserte intervensjoner som viser gode resultater mot utfordrende atferd. Backhouse et al. (2016) fant i sin forskning at aktiviteter reduserer omsorgsutmattelse, samtidig forbedring av pasientens og omsorgspersonens livskvalitet.

Resultatet av forskningen som presenteres her viser at manglende kunnskap og opplæring er en medvirkende årsak til at aktiviteter ikke alltid blir inkludert eller tilpasset hver enkelt. Ulik involvering av beboerne i aktiviteter gjør at omsorgspersoner har vanskelig for å engasjere seg. Studiene viser at det kan oppstå dilemmaer fordi aktiviteter blir for generelle for alle beboerne og ikke tilpasset for hvert enkelt individ. Studien til Millan-calenti et al. (2016) viser at flere komorbiditeter samtidig kan ha en viktig innvirkning på effektiviteten av ikke-farmakologiske terapier hos personer med Alzheimers.

I forskningen til Hveem (2022, 9. mars) presenteres et samarbeid om musikk som helseressurs og terapi for eldre. Gjennom en bred kompetanse på området, vil musikk få en tydelig plass i personsentrert omsorg for eldre.

2.4 Kommunikasjon

I en studie av Abraha et al. (2017) viser funn at god kommunikasjon bidrar til personsentrerte tilnærminger slik som valideringsterapier, aksept av personers subjektive virkelighet, avledning og reminisensteknikker. Diskusjoner av tidligere erfaringer hvor intervensjonen brukte materialer som bilde, bøker, gamle aviser og kjente gjenstander er andre tilnæringsmåter. I studien til Holst og Skår (2017) viser resultater at kommunikasjon med mennesker som lever med demens krever at formelle omsorgspersoner har kunnskap og gode kommunikasjonsevner. En kombinasjon av verbal og ikke-verbal kommunikasjons tilnærming som for eksempel et blikk kan påvirke pasienten i en omsorgssituasjon.

2.5 Personsentrerte tilnærminger

McCombie et al. (2021) har gjort en studie der de tilpasser ulike terapier for personer med demens som har depresjonsplager. Metoden tar utgangspunkt i forankringer i personens liv, omsorgspersoner og klinikere. Forskningen baserer seg på en personsentrert kvalitativ tilnærming som studerer det unike kognitive, psykologiske og sosiale behov hos personer med demens. Resultater viser hvor viktig det er å ta opp temaer rundt opplevelser av depresjon, sorg, isolasjon og rolletap blant personer med demens. Følelsen av å være belastende, dårlig forstått og mellommenneskelige spenninger var andre viktige funn i studien. Samtidig endringer i personens kognitive funksjon og humør. Informasjon rundt de temaer som ble tatt opp, ble brukt for å tilpasse intervensjonsmanualer. De resultater som kom frem av forskningen viser hvor vanskelig det oppleves for personer med depresjon og deres omsorgspersoner når de ikke ble møtt med forståelse. Resultater viser viktigheten av å støtte opp mennesker med demens og verdsette deres og omsorgsgivers roller, og samtidig opprettholde sosiale aktiviteter for å skape et støttende fellesskap og øke deres selvtillit. Artikkelen viser det er et funn i seg selv å fremheve verdien av å lytte til perspektiver til personer med demens, i stedet for å stole på klinikere og omsorgspersonens perspektiv. Det kan føre til manglende tanker, følelser og underliggende atferd og intervensjoner kan bli mindre effektive.

Andre studier som omhandler personsentrerte tilnærminger er (Abraha et al., 2017; Backhouse et al., 2016; Cohen-Mansfield, 2013; Holst & Skår, 2017; Millan-Calenti et al., 2016; Simonsen & Helgesen, 2020; Sefcik et al., 2021).

I en kvalitativ studie av Lichtwarch et al (2018) undersøkte de blant helsepersonell implementering av TIME-modellen i sykehjem. Begrepet står for tverrfaglig

intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens - og andre psykiske tilstander. Målet med studien var å utforske blant helsepersonell hvordan den lot seg gjennomføre i møte med komplekse utfordringer hos personer med demenssykdom og deres erfaringer. Modellen går ut på at helsepersonell representerer biopsykososiale tilnærminger til pasienter med nevropsykiatriske symptomer ved demens. Deriblant personsentrert omsorg og kognitiv terapi.

2.6 Opplevelser i møte med utfordrende atferd

En rekke studier viser at å se årsaken bak utfordrende atferd er viktig for å kunne forstå personer med demenssykdom og atferdsmessige, psykologiske symptomer. Samtidig oppleves det vanskelig for helsepersonell å håndtere og mestre slike situasjoner. Holst & Skår (2017) fant i sin studie at både indre og ytre triggere utløser utfordrende atferd. Resultater viser at man må finne ut av hva som skjer i situasjonen hvor pasienten opptrer utfordrende. Studien viser at både miljøet rundt pasienten og sykdommen i seg selv, samtidig årsaker knyttet til fysisk og psykisk sykdom er triggere til atferden.

Flere studier viser at helsepersonell opplever fysisk og verbal utagering som veldig vanskelig å håndtere, og at utfordrende atferd påvirker deres omsorg og mestringsevne overfor beboerne (Holst & Skår, 2017; Lichtwark et al., 2018; Rognstad & Nåden, 2011). Videre funn i disse studier viser at aggressiv atferd virker både følelsesmessig utmattende og kan hindre omsorgsutøvere i å gjøre en god jobb for beboere med demenssykdom. Helsepersonell uttrykker redsel, fortvilelse og angst i møte med aggressiv atferd. De føler maktløshet og en arbeidssituasjon som oppleves som lite forutsigbar. Ifølge Rognstad og Nåden (2011) viser resultater at bemanningssituasjon er krevende spesielt i nattskiftarbeid med lite bemanning.

2.7 Kunnskap, kompetanseheving og faglig oppdatering

Flere studier påpeker at det er mangel på opplæring og kunnskap i møte med personer med demenssykdom. Studien til Rognstad og Nåden (2011) viser at personalet har behov for kompetanseheving i arbeid som relateres til utfordrende atferd, samtidig faglig oppdateringer og kursing. I tillegg til økt behov for kompetanse relatert til den individuelle praktiske øvelsen er også trening i teamwork viktig å prioritere for å utføre forsvarlig pleie overfor urolige pasienter. Studien til Holst og Skår (2017) viser at mangel på kunnskap og kompetanse hos omsorgspersoner kan trigge beboeres aggresjon. Mangel på kunnskap og kompetanse kan føre til stress og stor belastning hos helsepersonell, som igjen smittes over på beboernes atferd.

I studien til Ozcan og Akyar (2021) viser funn at omsorgspersoner mangler innsikt i sykdommens progresjon og emosjonelle endringer hos personer med demenssykdom. Det er behov for støttende tiltak på hvordan en møter vanskelig atferd og hvordan man håndterer slike situasjoner. Studien til Cohen-Mansfield (2013) viser en betydelig reduksjon i beboeres atferdsmessige og psykologiske symptomer gjennom personalopplæring.

Studien til McCombie et al. (2021) viser viktigheten med å støtte opp mennesker med demens og verdsette deres og omsorgsgivers roller, samtidig opprettholde sosiale aktiviteter for å skape et støttende felleskap og øke deres selvtillit.

Studien til Sefcik et al. (2020) påpeker at det er behov for opplæring av personalet i forhold til personsentrerte tilnærminger i tiltaksplaner og oppdatering, samtidig utvikling av disse. Dette for at omsorgen skal kunne bli gitt på en meningsfull måte. Resultater fra deres studie viser mangel på personaldokumentasjon og kunnskap om personens behov, verdier og mål.

Samtidig viser funn viktigheten med å formidle denne kunnskapen til personalet som har omsorgen for beboeren.

I følge (Lichtwarck et al., 2018; Lichtwarck et al., 2019; Simonsen & Helgesen, 2020) viser forskning at gjennom gode refleksjonsmøter og en felles forståelse om beboernes symptomer på utfordrende atferd, øker kunnskapsnivået til helsepersonellet. I tillegg viser forskningen at personalet får økt mestringsfølelse i møte med komplekse utfordringer.

3 Teori

I denne delen vil jeg presentere teori og teoretiske perspektiver jeg mener er av betydning for min problemstilling og for valgt tema.

3.1 Demens – definisjon og diagnostisering

I følge Knapskog et al. (2021) er demens et syndrom forårsaket av sykdommer som fører til kognitiv svikt, endret atferd og sviktende egenomsorg. Alder er den sterkeste risikofaktoren for demens. De eldste har ofte multifaktorielle årsaker til demens på grunn av komorbiditet. Foreløpig har det ikke vist noen sykdomsmodifiserende behandling mot demenssykdom. Videre står det at Alzheimers er den vanligste formen for demens og debutes i form av redusert hukommelse (episodisk hukommelse) og problemer med tidsorientering. Redusert forståelse, vurderingsevne, tankevirksomhet og språkvansker er andre symptomer som utvikler seg over tid. Symptomer som atferdsendringer, depresjon, språkvansker, orientingsvansker og visuelle problemer er veldig vanlig før sykdommen debutes. Med tiden utvikler alle kognitiv svikt og ulike atferds- og psykologiske symptomer, samtidig funksjonssvikt. De fleste får motoriske symptomer og autonom dysfunksjon. Utredninger hos personer med kognitive symptomer skjer i kommunehelsetjenesten og i spesielle tilfeller i spesialisthelsetjenesten. Henvisninger til nevrologiske, geriatriske og alderspsykiatriske avdelinger kan være nødvendig.

3.2 Sykehjem

Sykehjem i offentlig sektor er regulert og styrt av lover og regler herunder lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011). Loven regulerer kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester og hvilke tjenester kommunen plikter å gi. Videre styrer loven, sammen med andre lover og forskrifter, de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I helse- og omsorgstjenesteloven står det i kapittel tre om kommunens overordnede ansvarsområde for helse og omsorgstjenester. I § 3-1 (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011) skal kommunen blant annet skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester. Videre står det at kommunens ansvarsområde omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester (2003) er en forskrift til helse- og omsorgstjenesteloven. Målet er å gi kvalitetsmessige tjenester til den enkelte personen. Den enkelte skal ha individuelt tilpassede tjenester. Forskrift om en verdig eldreomsorg (Verdighetsgarantiforskriften, 2010) er spesielt rettet mot eldreomsorgen og må sees i

sammenheng med kvalitetsforsikringen. Forskriften har som formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en måte som bidrar til verdig, trygg og meningsfull alderdom. Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (1988) beskriver hva kommunen er forpliktet til å tilby av tjenester og hvordan kvaliteten skal sikres. I følge § 3-2 d), skal boformen blant annet sikre antall personell som er nødvendig for å kunne gi beboerne omsorg og bistand. Ifølge GjØra og Michelet (2018) vil skjermet enhet i sykehjem dekkes av denne forskriften.

Flere sykehjem er i dag blitt sertifisert som livsgledehjem, og jobber for personsentrert omsorg. Livsgledehjem (Livsglede for eldre, u.å.) skal tilrettelegge for et fysisk og sosialt miljø for beboerne, å bevare menneskeverdet, samtidig anerkjenne det unike og individuelle hos alle, uansett diagnose. Livsgledehjem er et styringsverktøy ledelsen kan bruke for å oppfylle lovpålagte krav fra myndighetene og er i tråd med verdighetsgarantien, kvalitetsforskriften og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i eldreomsorgen. Virksomheten skal blant annet tilrettelegge for musikk og kultur, opprettholdelse av hobbyer og fritidssysler, kontakt med dyr og frisk luft. Virksomheten skal også legge til rette slik at ansatte har kunnskap om og jobber etter standard for livsgledehjem.

I følge nasjonal faglig retningslinje om demens (2020), er det et krav om kompetanseutvikling. «Helse- og omsorgspersonell skal ha kunnskap om og yte personsentrerte helse- og omsorgstjenester til personer med demens». Herunder «bestrebe seg på å tolke og forstå utfordrende atferd hos personer med demens som et forsøk på å kommunisere behov» Videre står det at virksomheten skal tilby personsentrert omsorg som førstevalg ved forekomst av atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens. Dermed har vi et faglig ansvar for videreutvikling både fra virksomhetens og ansattes sin side. (helsedirektoratet 2020).

I Demensplanen 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, u.å.) står det at kompetansen skal økes i tjenesteapparatet og er en viktig målsetning. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har utviklet opplæringsverktøyene demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC. Disse er tatt i bruk i 94% av kommunene og har vært en suksess.

3.3 APSD – Utfordrende atferd ved demenssykdom

Ifølge Selbæk og Kirkevold (2018, s. 246-262) omfattes nevropsykiatriske sykdommer (NPS) ved demens som flere symptomer samtidig eller hver for seg. De aller fleste med

demenssykdom vil utvikle NPS, og kan oppdages før en eventuell demensdiagnose. Psykotiske, stemningsendringer, angst, apati og agitasjon er eksempler på slike symptomer. Det er imidlertid vanskelig å fange opp atferdsmessige og psykologiske symptomer, dersom pasienten utvikler afasi som følge av den kognitive svikten. Det er en krevende prosess å utrede og oppdage denne type atferd. Symptomer som dette viser økt belastning for pasienten og medfører større funksjonssvikt og hyppigere dødsfall. Disse symptomene oppstår gjerne i en kombinasjon av miljømessige, biologiske og personlige forhold. Utredninger og behandlinger må vise forståelse for dette. Delirium for eksempel, en akutt forvirrings tilstand kan være komplikasjoner til demenssykdom. Nevropsykiatriske symptomer og delirium kan dermed være vanskelig å skille mellom og utredninger bør først og fremst utelukke delirium. Ulike miljømessige tiltak er utprøvd, samtidig er det gjort mye forskning rundt utfordrende atferd ved demens uten at dette gir sikker effekt og studier blir for svake. Det er vanlig å behandle symptomene med psykofarmaka, men effekten er usikker og det vises for mange alvorlige bivirkninger.

I følge Lichtwarck, Væringstad og Hoel (2019) bygger en «*Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens og andre psykiske tilstander*» på teori både fra personsentrert omsorg og kognitiv terapi. Årsaker til atferdsmessige og psykologiske symptomer er multifaktorielle. Symptomer på utfordrende atferd oppstår eller vedlikeholdes ofte i samhandling med andre. Relasjonelle perspektiver ved menneskelig atferd er sentralt for å forstå atferden. TID betegnes som både en biopsykososial modell, integrering av miljøterapeutiske og eventuelle medikamentelle tiltak. Den representerer en grundig utredning, samtidig en bred forståelse av atferdsmessige og psykologiske tilstander ved demens og er et nyttig verktøy i personsentrerte tiltak. Symptomer er både komplekse og krevende. Mulige årsaker til Nevrologiske symptomer (figur 1) kan være både av somatisk og psykisk betinget. Dette viser seg å være for eksempel tidligere sykdom, delirium, organisk sykdom, smerter eller medikamentbivirkning. Andre årsaker kan være udekte behov som søvn, ernæring, kjedsomhet trygghet og kjærlighet. Ofte er dette gjenkjennbart hos eldre som er multimorbide.

Modellen er egnet som et hjelpemiddel for personalet til å håndtere og mestre atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens. Modellen brukes regelmessig som veiledning av personalet ved blant annet sykehjemsavdelinger. TID er tverrfaglig og inkluderer helsearbeidere som jobber rundt pasienten. Videre består den av en utredning, refleksjons og en evalueringsfase.

Figur 1 Mulige årsaker og tolkninger av Atferd og Psykologiske Symptomer ved Demens (APSD)



Note: fra Tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens og andre psykiske tilstander (s. 6), av Lichtwarck, B., Væringstad, A. & Hoel, K.-A., 2019 (3.utg), Forskningscenter for aldersrelatert funksjonssvikt og sykdom, <https://tidmodell.no/> Copyright 2019 ved forskningscenter for aldersrelatert funksjonssvikt og sykdom. Gjengitt med tillatelse.

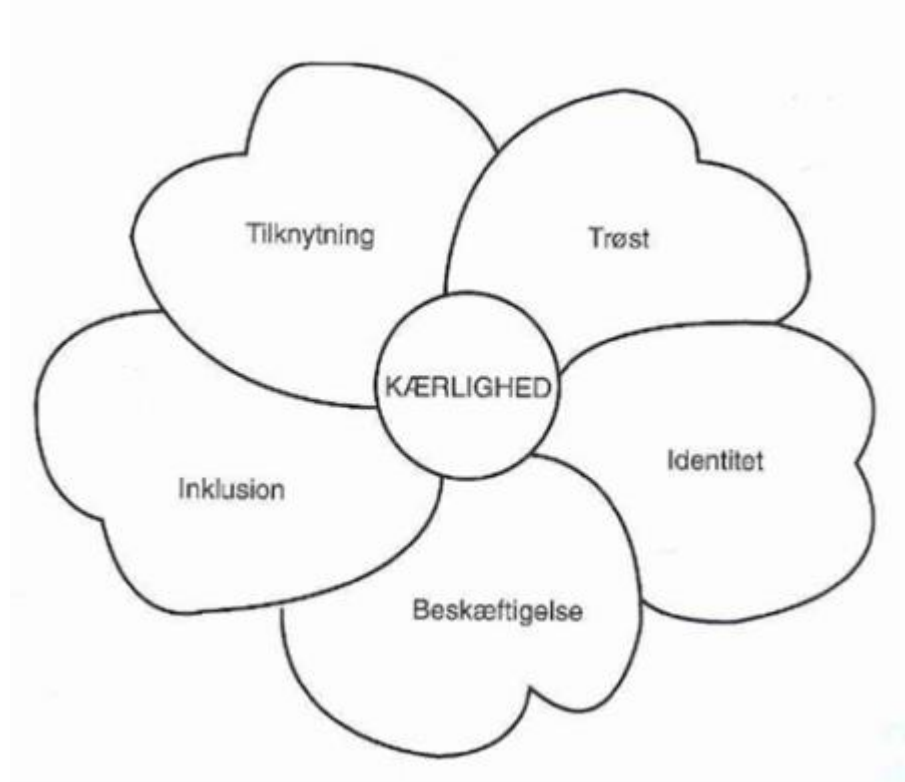
3.4 Personsentrert Omsorg

I Rokstad (2020, s. 52) står det om personsentrert omsorg, at det først og fremst innebærer å se og møte personer med demens. Å leve med demenssykdom setter den subjektive opplevelsen på prøve. Menneskets verdi og integritet kan bli truet som følge av identitetstap. Referanserammen rundt personbegrepet bør omtales som «PERSON-med-demens» fremfor «person-med-DEMENS» (Kitwood, 1999, s. 17). Dette begrepet betyr at personer med demenssykdom er unike mennesker. Personbegrepet betyr å verdsette, å ivareta, samtidig ivareta deres integritet. Dette er et særlig uttrykk i sosialpsykologien. Videre sier Kitwood (1999) «[...] at væren-i-seg-selv er hellig, og at livet skal æres», og «[...] enhver person har absolutt verdi» (s. 18). Dette innebærer at vi respekterer, skaper tillit og gir anerkjennelse til personer med demens.

Brooker (2013, s. 12) refererer til Kitwood som sier at utfordrende atferd, fortvilelse og apati er vanligere i omsorgsmiljøer som ikke støtter opp om personverdet.

Ifølge Rokstad (2020, s. 54-55) handler personsentret omsorg om å møte menneskets grunnleggende psykologiske behov som trøst, tilknytning, identitet, beskjeftigelse og inklusjon. Trøst vektlegges spesielt da det minsker utrygghet, angst og ubehag. Det bidrar også til å finne ro og avspenning. Personer med demenssykdom kan ha problemer med å uttrykke kroppslig og psykiske smerte og ubehag. Helsepersonell må i den forbindelse være oppmerksom på endret atferd, mimikk og kroppsholdninger. Dette bekreftes av Kitwood (1999, s. 90) sin beskrivelse av de grunnleggende psykologiske behov hos personer med demenssykdom (figur 2).

Figur 2 De viktigste psykologiske behov hos folk med demens



Note: Fra *En revurdering af demens: Personen kommer i første række* (s. 90), av T. Kitwood 1999, Dafolo. Copyright 1999 ved Dafolo. Gjengitt med tillatelse.

Personsentret omsorg omfatter også elementære hovedelementer i en mye omtalt V.I.P.S. modell. Noen forstår personsentret omsorg som en individuell omsorg - for andre et verdigrunnlag, metoder og et kommunikasjonsmiddel. Dette er sentrale elementer som må være til stede i demensomsorgen for at personsentret omsorg skal finne sted. V – står for

verdigrunnlag, I - forstås som en individuell tilnærming, P – for evnen til å forstå verden, sett fra personens perspektiv, S – etablerte og støttende miljøer. Når disse elementene settes sammen, danner de en definisjon på en sterk kultur med personsentrert tilnærming til omsorg (Brooker, 2013, s. 8-10). I følge Brooker (2013, s. 14-15) var Kitwood opptatt av å forsøke å forstå hvordan personer med demens opplevde omsorgen. Kitwood utviklet en forståelse av demens gjennom å observere og snakke med mennesker som selv opplevde å ha demenssykdom. Han utviklet Dementia Care Mapping (DCM), et verktøy for å kartlegge demensomsorg. Den første versjonen innebar å evaluere omsorgen ut ifra personens perspektiv. Videre står det at han var opptatt av den nye pleiekulturen, som blant annet omfatter et element «atferdsproblemer ses først og fremst på som forsøk på kommunikasjon» Den nye pleiekulturen innebærer også at de ansattes personverd må respekteres nettopp for å gjøre en god jobb. For sykepleiere i helsesektoren i dag er dette vesentlig for å kunne jobbe personsentrert. For å finne de bakenforliggende årsakene til utfordrende atferd er det elementært å analysere atferden som en form for kommunikasjon. Den enkeltes subjektive opplevelse er av betydning. For å kunne hjelpe noen må man forstå verden sett fra personens ståsted (Brooker, 2013, s. 49).

3.5 Atferd - en form for kommunikasjon

Ifølge Kjelberg (2002, s. 27-33) forandrer atferd seg utfra indre og ytre stimuli. Noen er bevisste, andre ubevisste. Den er ikke konstant, men beveger seg utfra om de indre og ytre faktorer forandrer seg. Atferd er en kommunikasjons form som viser seg både non-verbalt og verbalt. Vi uttrykker positive og negative følelser, opplevelser og reaksjoner. Vanskelig atferd er en atferd som er annerledes enn det pasienten er vant til fra tidligere. Det viser seg for eksempel som uro eller utagering, vandring, rop, skrik, kjefting, slag og spark. Apati og passivitet regnes også for å være en form for «vanskelig atferd». Dette viser seg når pasienten blir institusjonalisert, i stedet for utagering, blir pasienten innesluttet og trekker seg inn i seg selv. Det oppleves for pleiepersonale vanskelig å håndtere vanskelig atferd og oppfattes veldig negativt. I flere situasjoner kan det være at pasienten endrer sin væremåte som følge av personalet og ikke omvendt. Atferd er en kommunikasjonsform som må tolkes. Tolkingene er alltid subjektive og vi legger mye av våre egne holdninger, meninger, følelser og sinnsstemninger i en tolkning av en persons atferd. Etter hvert som demenssykdommen forverres, kan pasienten bli mer og mer uttrykksløs og dermed vanskeligere å vurdere. Dette spesielt når vi ikke kjenner personen slik som bakgrunnshistorie og hans livsførsel.

4 Metode

I dette kapittelet presenteres forskningsdesign, kvalitativ forskningsmetode, utvalg og rekruttering av deltakere, oppsett på inklusjonskriterier fra informasjonsskriv, gjennomføring av intervjuer, presentasjon av prosjektets deltakere, transkripsjon, analyse, fremstilling av hoved- og underordnede kategorier, forskningsetiske problemstillinger og metodiske overveielser.

4.1 Forskningsdesign

Det forskningsdesignet jeg har valgt å bruke for å få svar på mine spørsmål er kvalitativ design med semistrukturert intervju som metode. Ifølge Tjora (2017, s.28-29) fremhever kvalitativ metode innsikt og søker forståelse fremfor forklaringer, og samtidig en nærhet til informantene. En kvalitativ metode bygger på fortolkninger og menneskelig erfaringer. Ifølge Dalland (2020, s. 54-55) åpner designet for samhandling mellom forsker og undersøkelsesperson. Mellom forsker og undersøkelsesperson er det et jeg-du-forhold. Kvalitativ metode tar sikte på å fange opp mening og opplevelse, og lar seg ikke tallfeste. I min undersøkelse ønsker jeg å få en forståelse av sykepleiernes opplevelser, samtidig også ulike nyanser fra deltakerne som jeg har intervjuet. Ifølge Tjora (2017, s. 114) vil dybdeintervjuer være hensiktsmessig i situasjoner hvor man vil utforske nyansene i opplevelser og erfaringer. Videre skriver Tjora (2017) at innenfor kvalitativ forskning er intervju den mest utbredte formen. Jeg har gjennomført intervju med sykepleiere og transkribert opptakene fra tale til tekst. Under intervjuene har jeg benyttet meg av en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 3).

I analyseprosessen har jeg valgt å bruke (Braun & Clarke, 2006; Johannesen, Rafoss & Rasmussen, 2020) sin tematiske analyse. Johannesen, Rafoss og Rasmussen (2020) baserer seg på Braun og Clarke (2006). Jeg velger å bruke en induktiv analyseform, fra empirisk til teoretiske perspektiver. Induktiv tilnærming er datadrevet, hvor man tar utgangspunkt i de svarene en finner i datamaterialet og knytter det opp mot relevant teori (Braun & Clarke, 2006).

4.2 Kvalitativ forskningsmetode

Intervju som metode er av relevans da jeg søker etter å innhente meninger, forståelse og erfaringer fra informantene (Tjora, 2017, s. 114).

En av forberedelsene til arbeidet med dette prosjektet har vært å skaffe meg videre oversikt over forskning som finnes og som kan belyse mitt arbeid. Formålet med forskningsprosjektet har vært å skaffe til veie kunnskap om de utfordringene som ligger i sykehjem med tanke på utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom. Dette har bidratt til at jeg har blitt rikere på erfaringer som har med kompetanseutvikling og handlingsredskaper å gjøre, samtidig har jeg fått en dypere forståelse i møte med utfordrende atferd og ulike tilnæringsmåter.

Når man bruker en kvalitativ forskningsmetode bringer det oss nærmere de personene som gjøres til gjenstand for forskningen. Som forsker har jeg vært bevisst over etiske utfordringer i møte med deltakerne, at min forforståelse ikke har overdøvert det budskapet som har ligget i det empiriske materialet, det materialet som har frem kommet i forskningen (forskningsetiske komiteer, 2010, s. 17).

4.3 Utvalg og rekruttering av deltakere

Deltakere som jeg har rekruttert, er fra ulike sykehjem i ulike kommuner. I mitt tilfelle ble det sykepleiere som jobber på skjermede avdelinger. Siden intervjumaterialet fra sykepleiere som arbeider innenfor feltet på skjermede enheter for personer med demens har vært av betydning i forskningsprosjektet, ble det naturlig for meg å forespørre sykepleiere om å delta i mitt prosjekt. Etter godkjenning fra NSD - Norsk senter for forskningsdata (vedlegg 4) startet jeg aller først med å sende et rekrutteringsbrev til Omsorgssjefer i de ulike kommunene jeg ønsket informanter fra. I brevet presenterte jeg meg selv og ga en kort beskrivelse av formålet med forskningsprosjektet. I forespørselen ba jeg også om tillatelse til å intervju sykepleiere og formidle kontakt med aktuelle sykepleiere i kommunen. Jeg startet med dette allerede i ferietiden da jeg fikk tidlig svar og tillatelse fra NSD med å starte datainnsamling. Vedlagt sendte jeg med informasjonsskrivet og fikk svar fra noen kommunalsjefer i midten av august.

4.3.1 Oppsett på inklusjonskriterier fra informasjonsskriv

Inklusjonskriterier er sykepleiere med ulike erfaringer innen fagfeltet og de må kunne beherske Norsk. Det er en fordel om avdelingen har implementert ulike metoder og modeller som verktøy i arbeid og håndtering av utfordrende atferd hos personer med demenssykdom.

Til dette prosjektet ønsket jeg å intervju seks sykepleiere som arbeider på sykehjem i ulike kommuner. Sykepleiere måtte ha minst et års erfaring fra å jobbe på sykehjem og som har erfaring fra å møte pasienter med demenssykdom.

Ifølge Dalland (2020, s. 59) velger man deltakere som innehar kunnskap og erfaringer innenfor det fenomenet man ønsker å forske på. Utfra valg av sykepleiere som jobber i sykehjem, på skjermede avdelinger i ulike kommuner, er dette et strategisk utvalg. Ved kvalitative metoder henvender man seg ofte til grupper eller enkeltpersoner som man på forhånd mener har noe spesielt å bidra med i undersøkelsen. Man velger de personene man tror kan ha noe å si om det fenomenet man vil vite mer om.

Jeg har valgt få deltakere både i forhold til hva som blir håndterbart, oppgavens omfang og begrenset tidsperspektiv. Ifølge forskningsetiske komiteer (2010, s. 14), vil et høyt antall informanter gi en større risiko for dårlig vitenskapelig kvalitet.

4.4 Gjennomføring av intervjuene

Både avdelingsdirektører i helse og omsorg i de forskjellige kommunene, og samtlige enhetsledere fremsto som positive til prosjektet og ga meg mot til å fortsette arbeidet mot et mastergradsprosjekt. Responsen når det gjelder å stille som informant til mitt prosjekt var god og i slutten av august 2021 fikk jeg mine første informanter.

Alle deltakerne var sykepleiere og hadde sitt arbeid i forskjellige kommuner. Samtlige informanter arbeidet på sykehjem og på skjermet enhet for personer med demenssykdom. Begrensninger som er til en mastergradsoppgave, slik som tid og ord, gjorde at jeg valgte seks deltakere.

I løpet av høsten 2021 gjennomførte jeg seks intervjuer og alle intervjuene ble gjennomført på deltakernes arbeidsplass. Til tross for Corona restriksjoner, fikk vi til et ansikt til ansikt møte. Intervjuene varte fra 40 og opptil 80 minutter og ble tatt opp via lydopptak i tråd med UiT sine retningslinjer. Deltakerne hadde mye å fortelle og var reflekterende og undrende rundt tema. Sykepleierne hadde mye kunnskap rundt tema og jeg satt igjen med innholdsrike intervjusamtaler. Deltakerne var imøtekommende, noen inviterte til en kaffe kopp både under og etter intervjuene.

4.5 Presentasjon av prosjektets deltakere

Det var seks sykepleiere som valgte å delta i denne studien (tabell 1), og alle arbeidet på sykehjem, men på ulike demensavdelinger. Alle jobbet som sykepleiere i 100% stilling, men i forskjellige kommuner. De har alle erfaringer fra å arbeide som sykepleiere fra to til tjueen år. Flere sykepleiere hadde videreutdanninger, og to av dem en mastergrad.

Tabell 1 Presentasjon av deltakere

Deltakere og alder	Type avd.	Antall år i sykepleieryrket	Stillingsprosent	Videreutdanning	Antall pasienter i avdelingen
Sykepl. A	Sterk dement avdeling for eldre, skjermet enhet	7 år Alder: Under 30 år	100%	Ingen	9
Sykepl. B	Vanlig skjermet enhet for demens	1,5 år Alder: Under 30 år	100%	Under videreutdanning	7
Sykepl. C	Dementavdeling, vanlig skjermet enhet	2 år Alder: mellom 40-50 år	100%	Ingen	8
Sykepl. D	Skjermet enhet for demenssykdom	14 år Alder: Over 50 år	100%	Master i ledelse	8
Sykepl. E	Demensavdeling med utfordrende atferd (APSD)	10 år Alder: Mellom 40-50 år	100%	Geriatric og psykisk helsearbeid Klinisk sykepleie, velferdsteknologi og ledelse	8
Sykepl. F	Avdeling for demens	21 år	100%	Eldreomsorg og demens	8

		Alder: Mellom 50-60 år			
--	--	---------------------------	--	--	--

4.6 Transkripsjon

Høsten 2021 transkriberte jeg intervjuene og endte til slutt opp med 67 sider med tekst. Jeg valgte å ikke gå rett på transkribering etter intervjuene, fordi jeg måtte la inntrykkene feste seg og undre meg litt over hva de hadde snakket om. Jeg brukte lang tid på transkribering, alt mellom fire til syv timer på hvert intervju. Under selve transkriberings prosessen måtte jeg stoppe lydopptak og spole tilbake flere ganger for å være sikker på at jeg hadde fått med meg alt. Jeg skrev ned både hva informanten snakket om, og det jeg selv spurte om. I tillegg hadde jeg gjort meg notaer underveis i intervjumøtene som jeg brukte parallelt med transkribering for å være sikker på at jeg fikk med alt av datamaterialet som var av interesse. I transkriberingen noterte jeg meg non-verbale uttrykk, stemningsøyeblikk som sukk, latter, pause og stillhet. Noen deltakere ble rørt over å snakke rundt tema og jeg valgte derfor å skrive dette ned i klammetekst. Etter hvert som jeg ble tryggere og hadde innøvd gode lyttevaner, var det ikke riktig alt jeg tok med. Deriblant pasienthistorier og andre ting som ble sagt som ikke var relevant for tema og som muligens kunne gjenkjennes.

4.7 Analyse

Ifølge Braun og Clarke (2006) starter prosessen når jeg som forsker begynner å legge merke til et meningsmønster og spørsmål knyttet til det innsamlede datamaterialet mitt som er av interesse. Temaer er gjerne abstrakte som identifiseres av forsker både før, under og etter analysen. Skrivning bør derfor starte tidlig i fase en hvor forsker noterer og skriver ned ideer og mulige kodinger (ordninger). Dette fortsettes med under hele koding og analyseprosess. Jeg har brukt Braun og Clarke (2006) sitt steg for steg guide, med støtte fra forfatterne Johannessen, Rafoss og Rasmussen (2020).

Jeg startet analyseringsfasens første trinn med å lese gjennom 67 siders transkribert tekst og gjorde meg notater underveis hvor jeg prøvde å få et overblikk over stoffet. Det er imidlertid viktig at intervju blir transkribert for å få et nøyaktig bilde og en grundigere forståelse over innsamlede datamateriale (Braun & Clarke, 2006). Videre har jeg vurdert underveis mulige temaer uten at prosessen skulle være farget av min forforståelse og teoretiske rammeverk.

Deretter leste jeg gjennom datamaterialet på nytt igjen manuelt og brukte ulike fargekoder for å markere viktige utdrag fra teksten. Jeg har hele tiden hatt forskningsspørsmål i minne, dette for å kunne stille meg åpen for de inntrykk som materialet formidler. Jeg har gjennomgått og analysert intervjumaterialet utfra forskningsspørsmålet «*Hvordan forstår sykepleiere utfordrende atferd i møte med personer med demenssykdom og hvordan håndterer de situasjoner hvor utfordrende atferd oppstår?*».

I andre fase av analysen har jeg prøvd å samle dataene mine på en systematisk måte over hele datasettet. For eksempel har jeg brukt gul markeringstusj i teksten som går ut på opplevelser og erfaringer fra deltakerne. Rød farge i tekst som går på forståelse bak utfordrende atferd, oransje farge på ulike tilnæringsmåter i møte med atferdsproblematikker, grønn farge i tekst som har med samarbeid blant helsepersonell å gjøre og blå farge på det deltakerne har nevnt i forhold til kursing og kompetanseheving. Ifølge Johannessen, Rafoss og Rasmussen (2020, s. 287) kalles dette for en grovkoding. Deretter lagde jeg en tabell for hvert enkelt intervju hvor jeg samlet de ulike fargekodene og har gått grundigere til verks i kodingen av disse. Jeg har i denne runden forsøkt å stikkord oppsummere, markert og gjort meg refleksjoner etter hvert som jeg har lest dataene. I (tabell 2) har jeg i den ene kolonnen oppsummert dataene med mine egne ord på en dedikert måte. Noen steder har jeg brukt enkeltord og sitater. Ifølge Johannessen, Rafoss og Rasmussen (2020, s. 290) kalles dette for data nær koding. Jeg får på denne måten tak i ulike nyanser og distinksjoner i dataene mine. Både koder og temaer som jeg identifiserer under analyseprosessen må være en nøyaktig refleksjon av innholdet i hele datasettet. Jeg har gjort kodinga i flere omganger for å systematisere og få bedre oversikt over datamaterialet som kan lede meg til ulike kategorier/temaer. Ifølge Tjora (2017, s. 291) er det nyttig å kjenne til kodetesten. Den består av 2 enkle spørsmål: (1) kunne man laget koden før kodinga, og (2) skjønner man hva dataenes konkrete innhold er, bare ved å lese koden? Med data nær koding skal du kunne svare «nei» på det første spørsmålet og «ja» på det andre. Denne testen har jeg brukt for å forsikre meg om jeg har kodet tilstrekkelig data nært.

Tabell 2 Data utdrag, med bruk av koder fra (Braun & Clarke, 2006)

Data utdrag	Kode for
Det første jeg gjør, er jo å sanse den sinnsstemningen pasienten er i. Ja, hva skal jeg si [aaah], jeg «lodder» alltid stemninga. Så må jeg legge en plan ut ifra hvordan form de	Å sanse sinnsstemningen

er i. Det finns ingen oppskrift på dagsformen til noen, de er jo mennesker.	
---	--

I analysens tredje fase har jeg samlet alle kodene for hver deltaker i en ny tabell som har hjulpet meg å identifisere et tema eller meningsmønster. Måten jeg har gjort dette på er at jeg har sett hva som henger sammen eller der deltakerne har snakket om de samme tingene. For eksempel samtlige av de seks deltakerne delte sine opplevelser i det «å sanse i situasjon», i møte med pasienten. fem av seks deltakere nevnte at «det er veldig personavhengig», hvordan man håndterer utfordrende atferd i møte med pasienten. Alle deltakerne delte sine erfaringer rundt «bakenforliggende årsaker» i møte med pasienten, samtidig at «atferden har en årsak». Samtlige deltakere nevnte «persons perspektiv» og «personsentrert omsorg» som viktig i møte med personer med demenssykdom. To av seks deltakere snakket om «personell relatert atferd» og «personalgruppa skaper atferd». Dette syntes jeg var spesielt interessant.

Forekomsten av disse kodingene i hele datasettet gjorde at jeg blant annet valgte disse kodingene til temaer. Ifølge Johannessen, Rafoss og Rasmussen (2020, s. 295) kalles dette for en kategori og man kan dele kategorier i både over og underkategorier.

Samtidig som jeg har gått systematisk til verks med fargekoder og samlet kodene i kategorier har jeg også hatt i minne at analyseprosessen er en rekursiv og tidskrevende prosess hvor man beveger seg frem og tilbake gjennom fasene. Analysen er med andre ord ingen lineær prosess. Analyse er en konstant bevegelse frem og tilbake i hele datasettet (Braun & Clarke, 2006).

Johannessen, Rafoss og Rasmussen (2020, s. 298) sier vi må være observante i forhold til at det finnes «flere skjær i sjøen», at de temaene jeg til nå har funnet kan bli for omfattende. Dette er blant de vanligste problemene under kategoriseringsfasen og at man må avgrense seg ytterligere. Noen kan slås sammen, mens andre må forkastes. I fase fire og fem har jeg skapt et tematisk kart over analysen. Dette er en god måte å fremstille og navngi aktuelle kategorier (Braun & Clarke, 2006; Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2020). Utfra de ulike fasene i analyseprosessen fant jeg fire hovedkategorier med tilhørende underordnede kategorier. Noen koder kan danne hovedtemaer, andre igjen undertema (Braun & Clarke, 2006). Dette er mine funn som jeg nedenfor har presentert i en tabell. Jeg har etter beste evne prøvd å følge analyseprosessen slik den bør gjennomføres og har brukt en sjekkliste for å se om jeg har fulgt de ulike trinnene (Braun & Clarke, 2006).

4.8 Fremstilling av hovedkategorier og underordnede kategorier

Av (tabell 3) er hoved overskrifter markert i svart med tilhørende underoverskrifter markert i grått.

Tabell 3 Hoved- og underordnede kategorier

Sykepleiernes forståelse for utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom			
Å se det fra pasientens perspektiv		Bakenforliggende årsaker til utfordrende atferd	
Sykepleiernes refleksjoner fra å jobbe med pasienter med demenssykdom og utfordrende atferd			
Når atferden blir utfordrende	Resultatet av pasientmøtene er personavhengig	Samarbeid for pasientens beste	Å sanse sinnsstemningen i møte med pasienter med demenssykdom
Ulike tilnæringsmåter i møte med pasienter med demenssykdom og utfordrende atferd			
Betydningen av tillitsskapende arbeid	Miljøterapeutisk tiltak bedre enn medisiner	Riktig kommunikasjons kan forhindre utfordrende atferd	
Behov for kunnskap for å håndtere utfordrende atferd			
Deling av kunnskap		Kartlegging og refleksjoner	

4.9 Forskningsetiske og personvernmessige hensyn

4.9.1 Forskningsetiske problemstillinger

Etiske vurderinger har for meg vært viktig i møte med mine informanter. Som forsker har jeg et stort ansvar med tanke på ivaretagelse og verne om forskningsobjekter. Det finnes flere etiske retningslinjer knyttet til dette emnet. De nasjonale forskningsetiske komiteer (2010), har laget en veileder for hvordan vi går frem i forskningsetiske vurderinger. Informert samtykke ble gitt før jeg gikk inngang med intervjuene. Dette innebærer at deltakere skal være informert og gi frivillig samtykke, videre ble det gitt informasjon om at deltakerne kunne trekke seg under intervjuet på hvilket som helst tidspunkt. Deltakerne som ble med i mitt prosjekt skal også kunne ha rett til innsyn i resultater etter prosjektet. De nasjonale forskningsetiske komiteer er basert på hensyn som kommer til uttrykk i helsinkideklarasjonen. Helsinkideklarasjonen (2018) drøfter de etiske prinsipper og brukes aktivt over store deler av verden. Forskere har et ansvar for å beskytte deltakerne og er blant annet et svært viktig punkt i helsinkideklarasjonen. Deltakere jeg har tatt med i mitt forskningsprosjekt ble på forhånd informert om målsetningen med prosjektet og hvilken metode som ble benyttet. Dette presiserte jeg i informasjonsskriv (vedlegg 1), og i rekrutteringsbrevet (vedlegg 2) (NSD, u. å). Det ble brukt diktafon som er knyttet opp mot nettskjema som jeg på forhånd opprettet (UiO, 2017). Ansvarlig for tjenesten er Nettskjema ved UiO. Alle lydopptak ble levert inn i dette skjema. For å komme meg inn i Nettskjema måtte jeg logge meg inn med Feide – konto som er passord beskyttet. Dette ble gjort i henhold til UiT sine retningslinjer.

Jeg har behandlet opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Videre har jeg sammen med min veileder fylt ut risikovurderingsskjema i henhold til UiT sine forskrifter. Lyddata ble tatt opp via Office 365 for grønne og gule data fulgt av UiT sine interne retningslinjer. Jeg har fulgt UiT sitt regelverk gjennom informasjonssikkerhet og personvern. Min veileder har gått igjennom transkripsjonene av intervjuene for godkjenning og sett igjennom at dataene var avidentifisert. Blant annet ble medisinske diagnoser, stedsnavn, navn på sykehjem og andre institusjoner som kan knyttes opp mot deltakerne anonymisert. Lydopptakene vil bli slettet når oppgaven er ferdig og godkjent ut fra NSD sitt regelverk.

4.9.2 Metodiske Overveielser

4.9.2.1 Å forske i eget felt

Ifølge Dalland (2020, s. 60-61) skal forskerens førforståelse klargjøres. Vi har alltid våre fordommer med oss når vi går inn i en undersøkelse. Dette betyr at vi allerede har en mening om et fenomen før vi undersøker det. Vi kan prøve å møte fenomenet på best mulig måte uten å være fordomsfull, men vi vil likevel ha tanker rundt det. Dette kalles førforståelse og man skal være seg selv bevisst i møte med sin egen førforståelse. Selv om vi egentlig ikke er ute etter å la oss påvirke av egen førforståelse, er det likevel lett å gjøre det.

På grunn av at jeg igjennom flere år har arbeidet som sykepleier på sykehjem er jeg godt kjent med tematikken jeg reiser i denne oppgaven. Min arbeidserfaring har også vært med på å påvirke min interesse og dermed også problemstillingen. Jeg har jobbet både på somatisk avdeling og avdeling for personer med demenssykdom. For det meste har jeg jobbet med personer med demens og utfordrende atferd. Personlig synes jeg det er en tidkrevende prosess, men samtidig også givende og meningsfullt arbeid i møte med denne sårbare gruppen. Det har gitt meg en enorm glede, men samtidig også utfordringer som har vært vanskelig å håndtere. Ved hjelp fra min veileder har jeg prøvd å være meg selv bevisst på å ikke la min førforståelse overdøve det budskap som ligger i intervjumaterialet. Jeg hadde hele tiden i minne at å være fordomsfull kan bidra til at jeg ikke evner å tilegne meg ny kunnskap. Ifølge Dalland (2020, s. 60) er det viktig at man motvirker denne effekten ved å avkrefte våre forhåndsforklaringer. Når vi på forhånd har klargjort hvilke tanker vi har om fenomenet, blir det lettere å lete etter data som kan avkrefte disse.

4.9.2.2 Forskerens posisjon

Ifølge Kvale (2015, s. 273) bør en forsker stille seg objektivt i en intervjusituasjon. Dette er viktig for at den andre skal få komme frem med sitt budskap. I en intervjusituasjon bør forsker stille seg i bakgrunnen å lytte til hva intervjuobjektet har å si. Det er imidlertid også viktig at førforståelsen ikke kommer i veien for ny lærdom om det en forsker vil vite mer om. Derfor bør forsker være objektiv og tilbakeholden. Objektivitet er et moralsk begrep før det er et metodologisk begrep.

Som forsker prøvde jeg på best mulig måte å ikke prate om mine opplevelser. Dette var vanskelig i og med at temaet er kjent for meg fra før og ble svært ivrig i intervjusamtalen. Jeg måtte ta meg i å bryte inn med å svare «ja, jeg vet!» og «helt enig!» eller «ja, dette er jeg kjent

med!». Det var utfordrende å være helt nøytral og ikke bli deltakende i samtalen. Etter de første intervjuene fant jeg det lettere å være profesjonell og øvelse gjør en jo til mester. Under intervjuene var jeg hele tiden bevisst på å ikke påvirke deltakerne med mine meninger, dette gikk bedre etter hvert og det ble mer naturlig for meg å si «ja» og «ok». Etter spørsmålsstillingene snakket deltakerne også litt fritt rundt tema og det gjorde at jeg ble litt mer avslappet i intervjusituasjon.

Objektivitet, pålitelighet og gyldighet står til hverandre i et forskningsintervju (Kvale, 2015, s. 273-275). Disse begrepene er brukt for å diskutere forskningsfunnenes sannhetsverdi. Dette bekreftes av Tjora (2017, s. 231) som beskriver at kriterier som pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet indikerer på at forskningen er av kvalitet. Videre står det at pålitelighet handler om intern logikk eller sammenheng gjennom hele forskningsprosjektet og at pålitelighet kommer an på forskerens forkunnskap og posisjon. Ifølge Tjora (2017) handler gyldighet om en logisk sammenheng mellom funn og utformingen av prosjektet, og de spørsmål man søker å få svar på. Generaliserbarhet er knyttet opp mot forskningens relevans utover det som faktisk er undersøkt.

4.9.2.3 Studiens Troverdighet

Ifølge Dalland (2020, s. 63) har reliabilitet betydning i forhold til hvor nøyaktig jeg har vært i transkripsjon av lyddata. Pålitelighet har å gjøre med de praktiske forholdene rundt forskningsintervjuet, dens konsistens og nøyaktighet. Nøyaktighet er viktig for videre analysearbeid og de funn som kommer frem av forskningen. Data må være samlet inn på en slik måte at de er pålitelig. Dette bekreftes av Kvale (2015, s. 276) som påpeker at reliabilitet har med forskningsresultatets konsistens og troverdighet å gjøre. Slik jeg gjorde det var at jeg hadde høretelefoner på, satt i et rom helt uforstyrret slik at jeg var sikker på at jeg hørte nøyaktig hva deltakerne snakket om. Til tross for at lydopptakene ble tatt opp i rolige omgivelser, var det utfordringer i transkriberingsprosessen med tanke på ulike dialekter hos intervjupersonene. Flere ganger måtte jeg stoppe og spole tilbake. Lyddataene ble transkribert ordrett, men også aidentifisert der det var aktuelt. Ifølge Kvale (2015, s. 204-211) kan styrken rundt de praktiske forhold som gjelder forskningsintervjuet måles i, for eksempel om lyd kvaliteten på intervjuopptaket er nøye gjennomtenkt.

Videre i transkriberingsprosessen har jeg transkribert intervjuene i en litterær tekst, hvor både spørsmålstillinger og svar fra deltakerne kom naturlig med. Samtidig har jeg tatt med non-verbale uttrykk, stemningsøyeblikk som sukk, latter, pauser og stillhet og berørte øyeblikk.

Dette for å få en nøyaktig sammenheng av datamaterialet som kom frem av forskningen. Kvale (2015, s. 212) hentyder at å overføre samtalen til en litterær stil er det større sjanse for at meningsinnhold fra intervjuene formidles til leserne. Ifølge Kvale (2015, s. 278) har validitet å gjøre med den håndverksmessige kvaliteten på undersøkelsen, hvor funnene må sjekkes, utspørres og fortolkes teoretisk. Jeg har lest hver transkripsjon flere ganger for å få en generell følelse av hele innholdet. Betydelige utsagn har blitt trukket ut fra transkripsjonen, samtidig har jeg hatt forskningsspørsmålet i minne under hele analyseringsprosessen. Behandlingen av datamaterialet har vært gjort i flere omganger, og startet fra gjennomlesning til mer grov og finkoding av råmaterialet. Dette var et omfattende arbeid og de temaene jeg til slutt endte opp med, ble valgt etter flere omganger med koding og samling av disse inn i mer generelle kategorier. Samtidig som veileder har lest igjennom transkripsjoner og gitt meg tilbakemeldinger har jeg også fått innspill i analyseprosessen. Dette mener jeg styrker resultatet av studien.

Når det gjelder validiteten av studien er antall deltakere lite for å trekke bastante slutninger. Men, funnene i studien har flere elementer som samsvarer med tidligere forskning som er med på å styrke resultatet.

5 Resultat

I analysen ble det gjort funn av fire hovedkategorier «Sykepleiernes forståelse for utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom», «sykepleiernes refleksjoner fra å jobbe med pasienter med demenssykdom og utfordrende atferd», ulike tilnæringsmåter i møte med pasienter med demenssykdom og utfordrende atferd», og behov for kunnskap for å håndtere utfordrende atferd». I sitatene har jeg valgt å være så ordinær som mulig, hvor jeg har beholdt dialekten.

5.1 Sykepleiernes forståelse for utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom

I min undersøkelse oppgir deltakerne at helsepersonell i dag må forstå pasientenes uttrykk, og hvorfor de reagerer slik de gjør. Av resultater fra mine funn erfarer deltakerne at man er nødt til å ha gode rammer og forståelse for demenssykdom, og samtidig forståelse for de behovene pasienten har. De kunnskapene høster man godt av.

5.1.1 Å se det fra pasientens perspektiv

Sykepleierne fra min studie erfarer at å se personen for den han er, gir en bedre forståelse for demenssykdommen. Mye av den vanskelig atferd som viser seg oppfattes av deltakerne som en årsak til at pasienten blir oversett og neglisjert. Videre sier de at pasientens forhistorie og de kunnskapene som ligger der er noe av det viktigste i demensomsorgen. Sykepleierne oppgir at man må ha gode bakgrunnsopplysninger om hver enkelt pasient. Flere deltakere sier at pårørende er en ressurs for å bli bedre kjent med pasienten. En deltaker beskriver det slik:

Det aller viktigste er å ta personens perspektiv. Kjernen ligger her. Det er viktig å finne ut av hvem de er. «Skjønner» er jo at hver person er enhver person. Det er et menneske og det menneske har ulike ønsker og behov enn det andre menneske. Man må få med både før og nå situasjon, historien deres. (Sykepleier E)

Deltakerne mener at det er viktig å finne ut av hva hver enkelt liker. Noen pasienter har for eksempel behov for å være sosial hele tiden, mens andre ikke. Andre pasienter har behov for å bare å sitte med en bok. Videre sier deltakere at hvis man da drar de med ut i felleskap, kan det være at man får en reaksjon i form av sinne. En av sykepleierne oppgir at dersom man analyserer personens sinne, kan dette komme av at pasienten vil være i fred. En annen deltaker snakker om et dikt fra grunnutdanningen som hun mener er viktig at vi har med oss. Som hun sier det: «Hva ser du søster? Har du lest det? Du må lese diktet nøye. Det forteller veldig, veldig mye. Klarer du å se at pasienten har vært rektor for eksempel» (Sykepleier F). En annen deltaker opplever at det ikke er så lett å få tatt i bruk personsentret omsorg, og at det gis omsorg utfra de samme rammevilkårene til alle pasientene. Deltaker sier det slik: «Vi driver jo bare med brannsløkking. Det er ikke så mye vi gjør individuelt for hver enkelt» (Sykepleier B).

Deltakere forteller at det etterstrebes å se personen bak sykdommen, at man ser personen for den han er og gir individuell omsorg utfra det. Det er viktig å bekrefte deres identitet. En av sykepleierne oppgir at det er et viktig arbeid og se de menneskene de engang var, selv om pasientene kan være «vrang og tverre». Deltaker mener det er viktig å forstå at de også har vært barn som har fløyet omkring. Videre sier deltaker at personer med demens har mye omsorg i seg for andre medpasienter. Pasientene viser omsorg for hverandre selv om de ikke husker sitt eget navn eller hvor de bor. Deltaker opplever at pasienten til tross for redusert hukommelse, kommer med gullkorn, groviser og har masse humor. Som deltaker beskriver det:

Det er mye gull i personer med demens. Det er helt fantastisk å jobbe med disse menneskene altså. Det blir som en kollega av meg sier rundt frokostbordet: «Det er kommunens viktigste langbord». Der diskuterer vi alt. Det er jo mennesker de også, selv om de har redusert hukommelse. (Sykepleier C)

5.1.2 Bakenforliggende årsaker til utfordrende atferd

Deltakere oppgir at det ofte er bakenforliggende årsaker til utfordrende atferd. Sykepleierne i min studie opplever at det er mange årsaker og at pleiepersonell må avdekke både fysiske og psykiske grunner. En av deltakerne sier det er viktig at man finner ut hvorfor en pasient viser utagerende atferd. Deltaker erfarer at pasienter med langkomment demenssykdom ofte kan bli rastløse, deprimerte, mister matlysten, og slutter å spise. Dette oppleves som utfordrende for de ansatte. Deltaker prøver å reflektere rundt dette med utfordrende atferd og at det bunner ut i et savn hos personer med demens. Sykepleier trekker frem at uroen gjerne eskalerer når pasienten ikke finner «hjem» og ikke har forståelse for egen sykdom, uten at de klarer å sette fingeren på det. Når pasienten ikke kjenner seg igjen, blir usikker og redd skaper det gjerne sinne hos personer med demens. En deltaker beskriver det slik:

Fordi de senser at de er på et fremmed sted, så får de beskjed om at de bor her nå, som ikke harmonerer over ens med deres siste bosted og da blir de aggressive, reiser nevene sine og blir høyrøsta og vi blir kalt både det ene og det andre». (Sykepleier C)

Deltaker erfarer at pasienter som har slik atferd, finner gjerne roen når de har bodd en stund på sykehjemmet. En annen deltaker oppgir at det kommer an på hvor de er i sykdomsforløpet. Det kan jo være en fortvilelse når de har klare øyeblikk, og skjønner at de har begynt å bli glemsk.

En annen sykepleier oppfatter at stellesituasjoner ofte er vanskelig å få gjennomført. Stellesituasjoner er vanskelig fordi de ikke skjønner hva som skjer i situasjonen som følge av sin kognitive svikt. Spesielt erfares det av de ansatte at det er menn som det er vanskeligst med. Det oppfattes at det går på deres bluferdighet. Spesielt dette med nedentil stell. Deltaker sier det slik: «Da er det på en måte personen med demens som har råderett til egen kropp. Du snur på en måte på situasjon, fra liksom på en måte å bli en overgriper» (Sykepleier D).

Det oppgis av deltaker at blottlegging oppleves som krenkende og uverdige og kan fremprovosere sinne. Sykepleier mener det er veldig viktig å skjerme pasientene. Uansett om de er blyge eller ikke.

Flere deltakere erfarer at utagering hos pasientene ofte viser seg fordi de ikke kan redegjøre for hvor de har vondt. Ansatte opplever at smerter er en stor årsak til vanskelig adferd, for eksempel tannverk. Sykepleiere erfarer at tannverk er vanlig hos personer med demenssykdom, men at de ikke klarer å fortelle at de har vondt i munnen, de blir bare sint. En av sykepleierne sier at pleiepersonell da tenker at det er sykdommen som gjør dem utagerende og må endre på medisineringsen. Deltaker sier: «Går man «bak der» så viser det seg at det er lenge siden de har vært hos tannlegen» (Sykepleier D).

Andre deltakere opplever at en kombinasjon av smerter, infeksjoner og delirium, gir utageringer som sinne og frustrasjoner. Ørebetennelse, hodeverk og obstipasjon er andre årsaker. En av sykepleierne oppgir at det første helsepersonell må gjøre når en pasient blir urolig, er å avdekke fysiske årsaker, deriblant tannmerter. Vi må lese kroppsspråk og lese ansikt og holdninger, for eksempel når vi ser den rynka i panna og knyttede hender.

Sykepleier mener årsaken må kartlegges før uroen medisineres, noe som blir beskrevet slik: «Jeg synes jo at det er veldig positivt at det forskes på dette temaet. At det blir skrevet om dette. Fordi, vi er altfor raske til å ty til medikamenter, og ikke se årsaken bak atferden» (Sykepleier D).

En annen deltaker sier det slik at man må se på de somatiske sykdommene først og fremst. Pasienter med demensdiagnose klarer ikke å gi uttrykk for disse tilstandene. Man må sjekke ut alt som plager pasientene. Deltaker sier det slik: «Jeg har til og med opplevd at en pasient gikk med glasbrott i foten og ikke klart å si ifra» (Sykepleier E).

Sykepleierne opplyser om at det kan oppstå misforståelser mellom pasient og pleiepersonell. Dersom en pasient har lyst å vaske på kjøkkenet fordi det er det hun har vært vant til, så får hun kjeft hos personalet fordi hun griser eller at det oppleves uhygienisk. Dette skaper misforståelser og unødvendig uro. Som deltaker sier det: «Atferd har jo en årsak» (Sykepleier B).

Noen har erfaringer fra psykiatrien og oppgir at redsel ofte gir seg utslag i utagering. En av deltakerne forteller at pasienter med demenssykdom og schizofreni kan bli veldig redde om flere pleiere kommer inn samtidig for å hjelpe i en stellesituasjon. Helsepersonell må kjenne til bakgrunnshistorie og vår fremtredelse i situasjon. En annen deltaker sier at man må forstå personer med demens, spesielt de uten språk. Det kan være utfordrende at pasienten kommuniserer på et språk, som kan være vanskelig å tolke og nøste opp i.

En deltaker erfarer at hindringer i avdelingen kan gi seg utslag i sterk uro og utførselstrang. Dette viser seg når pasienten finner en låst dør for eksempel og ikke kommer seg ut. Pasienter som er, vant til fysisk aktivitet må få rom til å bevege seg i den grad det er mulig. Noen

sykepleiere oppleve at pasienter med en slik uro føler seg innestengte og tror de er i et fengsel. Så igjen dette med medisinerings oppleves av deltaker som feil, da pasientens virkelige behov er å få bevege seg.

Tid og tålmodighet oppgis som viktig i møte med denne type pasientgruppe, spesielt pasienter med nedsatt hørsel. Dette gir ekstra utfordringer blant personalet.

Deltakere erfarer at en rød tråd er å beholde roen i avdelingen. Som en deltaker sier det:

«Nøkkelen er å bevare roen» (Sykepleier A).

En av sykepleierne sier at å jobbe med personer med en demenssykdom som har utfordrende atferd, det er å måtte gå i seg selv veldig mye. Deltaker oppgir at utfordrende atferd ofte er personell relatert. Mye kunne vært unngått om man hadde hatt kunnskap om andre «innfallsvinkler» i møte med pasienten. For eksempel stemmebruk og kroppsspråk. Videre sier de at roping og snakking blant helsepersonell oppleves svært uroende for personen med demens. For eksempel høy musikk og støy fra tv. En deltaker forteller at de har fått opplæring og blitt holdt kurs for av kjente foredragsholdere om demenssykdom og utfordrende atferd.

Deltaker beskriver det slik:

Han sa det så fint her en gang jeg var på kurs. Han starta kurset med å sette på stereoanlegget på full guffe. Vi bare sto der og han spilte og spilte. Det var helt forferdelig. Ja! Iallfall i ti minutter. Så slo han av og starta kurset og så sei han: «sånn her har pasienten det etter en morgen stell». (Sykepleier F)

En av deltakerne opplever at pasienter blir konfrontert med sine handlinger. I stedet for å roe pasienten ned, står personalet og roper tvers over rommet. Deltaker erfarer at dette skaper enda mer sinne og frustrasjoner blant pasientene. Dermed eskalerer uroen i avdelingen. Utfordringer ligger ofte i at det blir mye støy blant personalet seg imellom, at de enten ikke går i hop eller at de er for gode venner. En av sykepleierne opplever at ansatte snakker over hodet på pasientene og skaper uro som følge av det. Dette skaper da frykt og redsel blant beboerne og på den måten erfares det at det blir vanskelig å roe ned pasienten. En annen deltaker beskriver det slik: «Altså! 90% av atferd hos pasienter er ofte vi helsepersonell som medfører, i måten vi er på inne på avdelingen, hvordan vi er i møte med pasientene og hvordan vi oppfører oss» (Sykepleier F).

5.1 Sykepleiernes refleksjoner fra å jobbe med pasienter med demenssykdom og utfordrende atferd

Sykepleierne fra min studie opplever at det er vanskelig å stå i utfordrende situasjoner når pasienten viser ulike typer atferd. Deltakerne forteller at de synes det er vanskelig å forstå og møte atferdsproblematikker hos denne sårbare pasientgruppen. Videre sier deltakere i min undersøkelse at det beste for pasienten er at helsepersonell evner å jobbe i lag og at man har de rette innstillinger i demensomsorgen.

5.1.1 Når atferden blir utfordrende

Noen deltakere fra denne undersøkelsen opplyser at sykehjemsavdelinger både har unge og gamle pasienter med demenssykdom. En av sykepleierne forteller at på ung dement avdelinger er det ofte krangling mellom pasientene. Deltakere oppgir at de plutselig slåss med hverandre. Andre sykepleiere oppgir at det mest krevende er utagering i form av slag og spark og hvordan få roet ned situasjonen. Som en deltaker sier det: «For min del merker jeg at det er vanskelig å kontrollere seg selv, man kan overmanne de i form av å klype og vri hånda, slik at pasienten slipper taket rundt halsen» (Sykepleier A). Det er tøft å stå i krevende situasjoner som sterk utagering. Deltakere erfarer at fysisk utagering er krevende og vanskelig og kan føre til sykemeldinger. Videre forteller de at det er vanskelig når de blir kalt stygge ting og blir kastet ting etter. Det oppgis av sykepleiere at stellesituasjoner er spesielt vanskelig og at det er i disse tilfeller at pasienter slår, sparker og spytter på personalet. En av deltakerne forteller at når personalet ikke tørr å gå inn for å hjelpe pasienten tar de kontakt med sykepleiere som kan løse situasjonen. Sykepleieren erfarer at dersom ingen gjør noe kan pasienten bli liggende i senga med både urin og avføring.

En annen deltaker trekker frem utfordringer når pasienter med demensdiagnose er stille og ikke sier noe, det blir liksom helt motsatt av sterk utagering, men like vanskelig. Det oppgis av deltaker at det i slike situasjoner er vanskelig å kartlegge hvor mye pasienten forstår. Som hun sier det:

Pasienter som ikke krever så mye og bare sitter der, blir passive og som blir etterlatt til seg selv. Det oppfattes at de blir oversett av personalet. Andre pasienter roper og er høylytte, mens andre ikke krever så mye. Det oppfattes slik i alle fall av sykepleierne. (Sykepleier B)

Deltaker tenker at innerst inne kan det være at de trenger mye hjelp. Sykepleier oppfatter det slik, at denne type atferd gjør at pasienter slikker på fingre for eksempel og gjør repeterende handlinger. Sykepleieren undrer seg over om en slik atferd kan komme av at pasienten er understimulert.

En annen sykepleier forteller at repeterende handlinger oppleves som slitsomt og krevende både for ansatte og med beboere. Deltaker beskriver det slik: «Der pasienten hele tiden roper: «på do, på do, på do. Eller kom, kom, kom. Kor e æ hen? Kor e æ hen? Så går det to sekund og på nytt: «kor e æ hen?» (Sykepleier F). Det oppgis fra en av deltakerne at det spesielt kan være vanskelig for de andre beboerne med begrenset kognitiv kapasitet. Deltaker erfarer at det vanskelig lar seg medisiner bort og fortsetter gjennom hele dagen. Videre sier sykepleier at denne type atferd oppleves som mest vanskelig, fordi det gjør vondt for pasienten selv som hele tiden er på søken etter noe. Det oppgis at det ikke er så lett å komme i mål ved denne type uro.

Vrangforestillinger og vandring er andre type uro som oppleves som krevende og nesten enda verre. En sykepleier forteller at vandring uten mål og mening smitter gjerne over på de andre pasientene, det samme har også repeterende handlinger. Det blir som deltaker beskriver det: «Så smitter dette over på de andre pasientene og du får en avdeling hvor det nærmest blir en maraton, som en maurtue» (Sykepleier C). Det erfares at slik type atferd er spesielt vanskelig med bare to pleiere på avdelingen. Pleier sier det slik: «Jeg har opplevd at alle (pasientene) blir urolige, hvor de kjefter på hverandre og blir sinte, ingen har slått hverandre da. Men det er jo bare spørsmål om tid» (Sykepleier C).

Sykepleierne opplever også redsel og engstelse når pasienter viser verbal og fysisk utagering både for medpasienter og de som jobber der. Det oppleves også av helsepersonell redsel når pasientene har truende atferd. Eksempel på atferd som deltakerne opplever som utfordrende og i noen tilfeller traumatisk, er spyting, biting, roping og når pasienter knuser inventarer og vindu. Alt kan skje!

En av deltakerne sier noe om å ivareta pasientens verdighet, og mener det er personalets oppgave å beskytte dem mot å blottstille seg i sin sykdom. «Hovedbudskapet er jo å hjelpe pasienten til å ivareta sin egen verdighet!» (Sykepleier D). Deltaker mener at helsepersonell har som oppgave å skjerme pasienten for seg selv. Sykepleiers rolle er å vise ansvarsfølelse i forhold til det å beskytte pasientene. Flere andre deltakere forteller det er viktig å få respekt

tilbake. En deltaker forklarer det slik: «Hvis man blir slått og noen ganger vil man slå tilbake som følge av dette. Man blir urettferdig behandlet av pasient» (Sykepleier A).

En annen deltaker opplever det slik at man skal gi respekt, men også kreve respekt tilbake.

Videre sier deltaker at man ikke skal finne seg i alt. «Man sier ifra på en ordentlig måte»

(Sykepleier E).

5.1.2 Resultatet av pasient møtene er personavhengig

Samtlige av informantene kommer inn på om hvor personavhengig det er å jobbe i demensomsorgen. Deltakerne beskriver viktigheten av å jobbe med noe som vi liker og bryr oss om. At det er en stabil arbeidskraft som ønsker å jobbe i demensomsorgen. Personalet er opptatt av at pleierne har god nok innsikt og ikke minst kunnskap og tålmodighet. Noen tar det som et nederlag, om man ikke mestrer denne type jobb. Som en deltaker sier det: “Det er nok derfor vi plukker folk til å jobbe på en demensavdeling, fordi det er veldig personavhengig” (Sykepleier D).

Deltakerne oppgir at det stilles krav til helsepersonell i dag med tanke på hvordan vi møter personer med demenssykdom og utfordringene som ligger der. En av sykepleierne mener at vår personlighet er det viktigste når vi skal jobbe i demensomsorgen. Kvalifikasjoner og personlig egnethet er av stor betydning. Det trenger ikke alltid være en faglært person som yter best mulig omsorg, det kan liksom godt være en ufaglært som får det veldig godt til med å ta eierskap i situasjoner.

En annen deltaker sier det slik: “Man merker jo at mange kommer i mål og at det er de samme som ikke gjør det” (Sykepleier F). Videre forteller deltaker at vi er alle forskjellige og har ulike måter å jobbe på og har ulike tonefall på stemmen. Sykepleier oppgir at personalet har forskjellige måter å tre inn i rommet på. Noen ansatte går inn og veileder for eksempel når situasjoner blir vanskelig. Sykepleier forteller at hun har vært nødt til å si ifra at pleiere må være mykere i stemmen og ikke være så hastig. I slike situasjoner har det gått bedre i møte med pasienten.

Flere av deltakerne mener det er viktig hvordan vi går i møte med personer med utfordrende atferd og hvilken atferd det er snakk om. Hvem er pasienten? Som deltaker sier det:

Det er veldig avhengig av personen. Det er jo personavhengig. Man må sette seg inn i personen. Man må skape en form for trygghet og at de godtar meg som pleier, en type relasjon og etablering av kontakt. Har man erfaring så leser man pasienten først.

(Sykepleier E)

En annen deltaker beskriver det:

Det kan være en kjempeutfordring faktisk, at du bare blir hivet ut i det, men ta det nå med ei klype salt det jeg sier nå, altså 95% av besetningen er erfarne pleiere der inne som jeg har god kommunikasjon med og slikt. Siden jeg har en 100% stilling så har jeg jo følelsen på pulsen hele tiden, så jeg vet hva som forventes av meg. (Sykepleier C)

Deltakerne mener at våre holdninger og verdier er kjempeviktig å ta med seg. En deltaker sier:

Det kommer mye an på hvilken kultur som er i feltet. Hvordan ser vi på pasientene? Kultur er smittsomt. Hvordan er avdelingskulturen og hva sitter i veggene? Får du en ukultur eller subkultur i sykehjemmet, er den mye vanskeligere å bære». Deltaker sier det er veldig viktig å tenke på. Som sykepleier sier det: «Den (kulturen) bær veldig mye og er mer fruktbar enn en annen kultur. (Sykepleier F)

5.1.3 Samarbeid for pasientens beste

Noen deltakere erfarer at de er et team som jobber godt i lag og som har god dialog. En deltaker sier det slik: «Jo flere kokker, jo mere søl» (Sykepleier C). Deltaker oppgir at rett sammensetting av personalet er viktig for å kunne utføre en god jobb. Noen sykepleiere erfarer at pleiere har sterkere meninger enn andre om hvordan ting bør gjøres, så blir ikke dette fulgt opp slik man er blitt enig om på for eksempel sykepleiermøter. Dette skaper gnisninger i gruppa og kan igjen smitte over på pasientene. Sykepleier sier det merkes både verbalt og på deres atferd. Andre deltakere sier de stort sett er samkjørte og sier at selv om ting blir gjort ulikt så er det likevel til pasientens beste. Alle har pasienten i fokus. Det blir som en deltaker sier det: «Fagleder har god finger på pulsen for å si det slik, hun prøver å sette sammen de folka som jobber best i lag, så langt det lar seg gjør» (Sykepleier C). En annen deltaker oppgir at det er dårlig samarbeid i gruppa, fordi personalet på avdelingen har mye splittelse seg imellom og ulike meninger om tiltakene. Sykepleier oppfatter at mange har utfordrende saker og ulike oppfatninger og tanker. Noen deltakere forteller om en ledelse som har så mye å gjøre at det blir vanskelig å ta tak i ting. Videre forteller deltakerne at beskjeder ikke kommer frem og noen ganger til feil person. Deltaker opplever det ikke er en fastsatt plan på hvem som skal gjøre hva. Som deltaker sier det: «Samtidig kan vi jo påtvinge et

samarbeid, men likevel blir det vanskelig» (Sykepleier B). Det oppgis av deltaker at personalet har gode tanker og intensjoner, men det blir bare med det. Det bare flyter! En annen deltaker sier at det må alltid være et godt samarbeid i teamet. Det er viktig at alle føler seg inkludert og møter forståelse. Deltaker mener at man må være tro mot de tiltak som settes opp og videreføre det som blir bestemt, at man ikke gir seg. Som en deltaker sier: «Man kan jo være uenig om ting, men det er jo heller ingen dårlig ting. Da får man jo frem diskusjoner» (Sykepleier E).

En deltaker beskriver det slik at dersom det er ekstra uro kommer det ekstra bemanning eller hjelp fra andre avdelinger. Det oppleves slik av deltaker at det er god tilrettelegging på avdelingen når det oppstår uforutsette hendelser. Ulempen er kanskje at det blir mye på en person. Vikarer jobber gjerne 100% og flere er ufaglærte. Det er ikke bare utdannet helsearbeidere. Dersom en pasient er spesielt urolig, må sykepleier ta seg av det. Deltakerne opplever gode innspill fra vikarer og at også de fordeler oppgaver. De fleste er veldig gode, men trenger litt mer opplæring på ei skjermet avdeling. De kommer med innspill som vi faste ikke alltid ser. Opplæringa går på forståelsen av demens. Det oppgis av sykepleier at det gjerne tar en stund før de blir kjent og at de kan bli skremt av utagerende atferd. Det er ofte mye drøftinger, diskusjoner og meninger. Ikke alle opplever at vikarer har samme forståelse for pasientene, tvert imot mener deltakeren at det blir kaos og uro på avdelingen. Derfor forsøker de å bare bruke personal som har kjennskap til avdelingens rutiner. Deltaker sier det slik: «Vi prøver å ha fast personalet for å ha et kontinuerlig arbeid, men på grunn av sykemeldinger lar det seg sjelden gjøre og vi må jobbe på tvers» (Sykepleier B).

Noen deltakere oppgir at på grunn av få ansatte og økt arbeidsmengde blir det vanskelig å følge opp ting og det går igjen utover sårbare pasientgrupper. Det oppleves slik for sykepleiere at de har for mange administrative oppgaver til at de får fulgt opp det som skjer i avdelingen.

5.1.4 Å sanse sinnsstemningen i møte med personer med demenssykdom

I intervjuene beskriver hver deltaker om det å sanse i situasjon. De deler sine erfaringer og opplevelser i forhold til det å bruke tid og sanse stemninga i sine møter med pasienten. Videre sier de hvor viktig det er at personalgruppa evner å sanse i situasjon, men vel så viktig er det å tenke over at pasienten også sanser oss som hjelpere. Dersom personalet ikke evner å ta i bruk sine sanser, kan pasienten fort tolke feil i ulike situasjoner som kan skape uro og engstelse.

En deltaker beskriver det slik:

Det første jeg gjør, er jo å sanse den sinnsstemningen pasienten er i. Jeg “lodder” alltid stemningen. Så må jeg legge en plan ut fra hvordan form de er i. Det finns ingen oppskrift på dagsformen til noen, de er jo mennesker. (Sykepleier C)

En annen deltaker sier det slik:

Det er jo litt med det at vi må ha en “inneliggende sans”, man sanser jo og føler på stemningen, hvordan er stoa når man kommer på jobb. Det ser man jo når det bare er vikarer på jobb. De mangler denne. Det kan man heller ikke forvente. Litt det å skjønne hvordan jeg skal imøtekomme her og nå. Med en gang jeg kommer inn på rommet så føler jeg jo på stemningen, er pasienten sint, lei seg og da gjør jeg jo mine vurderinger ut fra det. (Sykepleier B)

En beskriver det slik: “Har man erfaring så leser man jo pasienten først. Man må lese situasjon rundt pasienten” (Sykepleier E).

En av sykepleierne beskriver at dersom personer med demenssykdom er utagerende og merker at du er usikker og redd, så kan det trigge atferden deres, kontra når du er rolig og trygg på deg selv, at du bryter den situasjon du er. “Man tar eierskap i situasjon og ikke personen med demens som eier situasjon. Det mest krevende er når pasienten blir fysisk» (Sykepleier D).

En annen deltaker sier det slik:

De er så utrolig visuelle. De sanser veldig mye og når de sanser, så klarer de ikke å tolke. Så tolker de det akkurat slik de forstår det der og da. Egentlig slik som barn gjør. Da er det viktig at vi fremstår rolig og avbalansert. (Sykepleier F)

Deltakere sier sansing er aller viktigst, øyet som ser. Videre sier en av deltakerne at det handler jo om våre observasjoner der og da.

Videre forteller sykepleierne at det er viktig å reflektere over dette, for å skape et tillitsforhold til pasienter med demenssykdom. Det blir som en deltaker sier i et av intervjuene: “Man skal reflektere mye i møte mellom pleier og pasient. Du må liksom reflektere mer enn du gjør. Å sette seg inn i pasientens situasjon” (Sykepleier C).

5.2 Ulike tilnæringsmåter i møte med pasienter med demenssykdom og utfordrende atferd

Dataene fra studien viser at deltakerne er opptatt av tillitsskapende tiltak i møte med personer med demenssykdom. Sykepleierne i min undersøkelse ser også viktigheten med god kommunikasjon med personer med demenssykdom. Foruten dette er hovedfokuset og deltakernes grunntenkning miljøterapeutiske tiltak.

5.2.1 Betydningen av tillitsskapende arbeid

Deltakere opplever det som viktig at personalgruppa er samstemte og gjør ting likt. Dette med en felles forståelse for hvordan pleiere skal imøtekomme pasienter med demenssykdom og at man tar i bruk de samme tilnæringsmåtene. Videre forteller deltakerne hvor viktig det er at helsepersonellet er trygge på seg selv. Dette for å være trygge i møte med pasienter som har utfordrende atferd for å kunne gi god omsorg til pasientene. Deltakerne mener det må stilles krav til de som jobber i demensomsorgen. Det stilles kanskje større krav enn på en somatisk avdeling, som en av deltakerne sier det: «Du kan ikke lage noe, det må være ekte. Man kan ikke lage en mal på hvordan man skal tilnærme seg en pasient. Det blir helt feil. Det er veldig individuelt» (Sykepleier D).

Sykepleierne opplever at det har med vår personlighet å gjøre hvordan vi tilnærmer oss beboerne. Det er på mange måter personavhengig og en tidkrevende prosess. Man må finne sin egen vei og tilnærme seg hver enkelt beboer, det finnes ingen oppskrift. Videre sier de det er viktig at vi har kjennskap til pasienten. En av deltakerne forteller at i en pleier-pasient-relasjon er det en konstant bevegelse, et flytende arbeid. Sykepleieren erfarer at det man hadde planlagt blir kanskje ikke slik som man først hadde trodd. Man må vri den om til en god dag og tar det som det kommer. På somatisk avdeling kan man jobbe mer i rutiner.

Noen deltakere erfarer at personalgruppa er for rutinstyrt. Pleiere blir for oppgaveorientert, i stedet for å være personsentret. «Det er noe med det at vi må møte de der de er i sitt humør og sine tanker, de må få våkne når de vil» (Sykepleier A). Videre sier sykepleierne at man må ha kjennskap til pasienten og tilnærme seg hver enkelt beboer. Deltakerne erfarer at man ikke kan bruke samme oppskrift og har ulike forhold til beboerne. En annen deltaker mener vi ikke kan behandle pasienten som en arbeidsoppgave og må unngå å gå direkte på pasienten. Deltakerne opplever at de tillitsskapende tiltak i demensomsorgen er viktig for å oppnå kontakt på en tillitsfull måte og ivareta deres identitet og integritet. Deltakere sier vi må jobbe

med dette fra vi kommer på jobb til vi drar hjem. Flere deltakere erfarer at personalet ikke alltid forstår dette. En deltaker beskriver det slik: «Vi må forske på pasientens tidligere opplevelser. Fordi hele livet har de med seg, om de ikke greier å fortelle det» (Sykepleier E). Deltaker mener det er viktig at vi forstår hvorfor pasienten har de uttrykk de har og hvorfor de reagerer slik de gjør. Slik som deltaker sier det:

[...], noen må ha det stilt, mens andre må ha døra åpen fordi de ble stengt inne i et «kott» som barn. Noen har kanskje hatt drukningsulykke som barn, så derfor må du være forsiktig når du skal dusje pasienten, fordi de kan bli rasende og redd.
(Sykepleier E)

En av sykepleierne erfarer at pleiepersonell skynder seg med alt som skal gjøres før dagen er omme og får dermed for dårlig tid. Sykepleier sier at for å kunne hjelpe pasienter med demenssykdom erfares det at man må finne ut hvor pasienten er i sin tid. Dette er viktig slik at pleiepersonell og pasient skal ha forståelse for samme mål. Slik som deltaker sier det:

«Pasienten er kanskje på tur på fisketur og du er på tur på badet» (Sykepleier E).

Flere av deltakerne erfarer at man ikke kan gå kronologisk til verks. Pleiere må prioritere det som er viktigst her og nå og møte pasienten i sitt ståsted. Videre sier sykepleierne at man kanskje må skifte personalet og tidspunkt i døgnet man gjør ting på. En av deltakerne erfarer i denne sammenheng, at pleiepersonell er ulike personer og gjør ting ulikt.

Sykepleierne mener at tillitsskapende arbeid skal videreformidles. Noen deltakere er opptatt av at tillitsskapende tiltak skrives opp i pleiejournal og at det gjøres likt i gruppa. En av sykepleierne mener at gode erfaringer kan videreformidle til den øvrige pleiegruppen, at man forteller og viser det som fungerer. Deltaker beskriver det slik:

Det er jo for eksempel en seier å få pusse tennene til en pasient. Jeg tror at det er det som er så godt når man jobber på sykehjem med pasienter som er så syke, at man klarer å gi den helsehjelpen man har lyst til. (Sykepleier E)

Noen deltakere erfarer at fysisk berøring er med på å skape tillit hos personer med demenssykdom. En av sykepleierne sier at å holde rundt en pasient som er utagerende kan være betryggende og ha beroligende effekt. Deltaker mener dette er veldig personavhengig og kommer an på vår personlighet. Som hun sier: «Hvor nær vil vi gå?» (Sykepleier D).

Videre sier sykepleier at fysisk berøring er viktig i den grad pasienten er mottakelig for det og at man viser at man vil pasienten vel. Flere deltakere opplever at man må bruke mye tid, tålmodighet og flere former for kommunikasjon i møte med personer med demens, og spesielt utagerende atferd. De sier at tålmodighet er det viktigste for at helsepersonell skal klare å forstå dem. Som en deltaker sier det: «De kan jo ikke for at de er blitt syk, for at hjernecellene deres dør og svinner hen» (Sykepleier F). En annen deltaker sier det slik: «Men alltid møte de med et smil uansett» (Sykepleier C). Deltaker forteller at å være lystig og det at man har en myk stemme, kan frembringe gode relasjoner mellom pleier og pasient. En annen deltaker er bevisst på å smile og ikke være så brå av seg, det å ha rolige bevegelser er en fordel. Flere sykepleiere oppgir at humor kan være tillitsskapende, men at man sanser stemninga først. En annen viktig ting som fortelles av sykepleiere er at for mye informasjon er forvirrende for personer med demens, man sier helt konkret hva man skal i gang med for eksempel i stellesituasjoner.

5.2.2 Miljøterapeutisk tiltak versus medisinerings

Flere av deltakere fra intervjuene forteller at det er viktig å jobbe miljørettet i møte med pasienter med demenssykdom. Alle sykepleiere nevner et mangfold av ideer og arbeidsmåter i møte med personer med demenssykdom og utfordrende atferd.

En deltaker nevner at Sobril nærmest ikke fant sted på deres sykehjem og at medikamenter som ikke har effekt blir seponert fra medisinalista. En annen deltaker sier det slik: «Altså jeg tror vi er for rask til å øke Risperdal for eksempel, eller vi prøver å gi en Sobril. For vi må prøve å finne ut hvorfor denne pasienten endrer atferden?» (Sykepleier D).

Noen sykepleiere erfarer at musikk er et godt tiltak som gir mest ro og trygghet når pasienter viser utfordrende atferd. Alle deltakerne kan fortelle om gode opplevelser i forhold til det å sette på beroligende musikk. For eksempel sier en av deltakerne at rolig klassisk musikk hjelper mot uro, gamle vuggeviser gir ro i sjelen til pasienter som gråter. En annen deltaker nevner at Alzheimers gjør at man bevarer hukommelsen for musikk veldig lenge. En av sykepleierne forteller hvordan hun bruker sang i møte med pasientene:

Den der med at nu må du legge deg ned, du må jo skjønne at det er natt. De blir jo bare mer sint. Heller synge: «Når ro slumrar inn» [...] Budskapet er egentlig det samme, men gitt i to forskjellige måter. Ja! Du kan jo tenke deg hva som er best. (Sykepleier D)

En av deltakerne bruker bevist å nynne mens hun jobber. Når man pusser tenner og hvis noen er urolige så kan man «nynne». Som deltaker beskriver det:

Skynd deg med humor. Det er viktig. Syng med dem, flir og skøy, litt samtidig som du har fart på bevegelsene, fordi det er det du kommer lengst med. Fordi den aldersgruppa vi har i dag, de kan alle sangene fra før og veldig glad i musikk og sang. De kunne jo alle sanger og sang på skola. De skulle jo kunne alt. Det er ikke sikkert vi kan det når vi kommer dit. Så bære begynn og nynn, for da nynner de også. Når du pusser tennene deres, så nynn. Da pusser de. Hvis du har noen som begynner å bli litt urolig, så nynn. Sang er veldig viktig. Syng mens du [...]. (Sykepleier F)

En av sykepleierne erfarer at musikk kan redusere bruk av tvang. Deltaker forteller at i de situasjoner hvor pasienter motsetter seg hjelp i stellesituasjoner, kan en spesiell musikktype gi ro, nærmest slik at pasienten «rokker» til musikk. Videre oppgir sykepleier at pasienten blir mindre redd og gråter mindre.

De fleste av deltakerne har erfaringer fra livsgledesykehjem, som har søkelys på å aktivisere pasientene. Deltakere som arbeidet på livsgledesykehjem mener at dette er en fin måte å jobbe personsentrert. Flere sykepleiere erfarer at livsgledeaktiviteter gir mindre uro og agitasjon. Deltakerne erfarer at å opprette aktivitetsrom, spille ulike spill, gå turer i uteområdet er gode tiltak som reduserer agiterte handlinger. Videre oppgir de at det bør gis mer oppmerksomhet rettet mot livsgledehjem. En av sykepleierne forteller at kartlegging over pasientens tidligere liv og hva som gir mening i livet utfra pasientenes ressurser er viktig å ta hensyn til. En av sykepleierne erfarer at dersom pasienten får delta i husvask blir pasienten mindre rastløs.

En av sykepleierne oppgir det er vanskelig å følge samme rammeverk for pasienter med ulike demensdiagnose på samme avdeling. Særlig har det vært vanskelig å følge opp pasienter i tidlig og i en langkomment fase av demenssykdommen. Rammeverket rundt livsgledehjem oppleves av noen deltakere så detaljert rundt arbeid med pasienter som har demenssykdom, at det blir vanskelig å følge. Sykepleier opplever at aktiviteter fort kan bli tilfeldig og at miljøtiltak ikke har fungert, som deltaker beskriver det:

I alle fall slik jeg oppfatter det er jo at vi skal bekrefte deres identitet og vi skal gjøre tiltak rettet mot den enkelte og det synes jeg er vanskelig. Hvordan skal vi klare å imøtekomme behov til alle syv pasienter? Hvorfor skal disse unge menneskene settes sammen med langkomment demens? (Sykepleier B)

5.2.3 Riktig kommunikasjon kan forhindre utfordrende atferd

Flere av sykepleierne i studien forteller om å være bevisst hvordan man kommuniserer med pasienter med demensdiagnose. En av sykepleierne mener det er viktig hvordan helsepersonell ordlegger seg og hvordan man fremtrer i forhold til kroppsspråket. Deltakere har flere ulike arbeidsmetoder og hjelpemetoder i møte med pasienter med demenssykdom. En av sykepleierne opplever at de kjente tilnæringsmåter i kommunikasjon slik som realitetsorientering, validering og reminisens er alle viktige og at de bruker alle tre elementer i en kommunikasjonsform. En av deltaker erfarer i forhold til dette at man må kjenne person sin bakgrunnshistorie. Som deltaker sier det: «Hvem er det egentlig du prater med? Hvem er denne personen?» (Sykepleier F). Ikke alle deltakere har like god erfaring med å bruke de ulike kommunikasjons metodene. En av sykepleierne sier man må skjønne når en går inn i en situasjon, hvilke av disse elementer som kan brukes. Deltaker forteller at pasienten kan få sjokk og begynner å gråte om de blir konfrontert med virkeligheten. Sykepleier sier at: «Et budskap kan gis på flere måter» (Sykepleier D). Videre forteller deltaker at noen kan realitets orienteres, mens med andre pasienter må det finnes andre metoder. En annen deltaker erfarer at når pasienter gråter og er redd på kveld erfares det at du kjenner til personens bakgrunnshistorie. Som deltaker beskriver det:

Vi hadde ei [...] ja! Det er helt sant. Hun skulle hjem og måtte gå i fjøset hver einaste kveld. E huska det så godt, det va i grunn veldig slitsomt å hør på detta. Ho va så urolig. E huska det så godt, e hadde en student som skulle gå inn til ho, så sei ho til pasienten: «veit du ka? No har æ vorre i fjøset og melka alle kyrne, gjort reint og alt». Å, veit du! Kjærringa sto i senga å sa: «ho mått iverfall [...], ho hadde aldri hatt kyr, bærre oksa og sau». (Sykepleier F)

Pasienten hadde jo aldri sagt noe om hva hun skulle gjøre i fjøset, bare at hun skulle dit. «Nei! Ho hadde aldri hatt kyr, «så vess de hadde melka oksan. Å, nei altså!» (Sykepleier F). Deltakere erfarer at man må vite når man går inn i en situasjon, er man uerfaren så kan det fort skje misforståelser og at uro kan eskalere som følge av uerfarenhet. Videre sier sykepleier

at det er ikke alltid man kjenner til pasientens bakgrunnshistorie. Det kan være studenter, vikarer og også faste ansatte.

En annen deltaker hadde en annen opplevelse med å bruke realitetsorientering. Ærlighet varer lengst uansett og da er realitetsorientering den beste tilnærminga. Deltaker erfarer at realitetsorientering er den som teorien foretrekker. Videre sier sykepleier at pasienter med demensdiagnose husker noe annet enn det man står og forklarer dem. Det oppgis av deltaker at selv om de ikke får virkelighetsforståelsen til å stemme med det man står og forklarer dem, så merker de det selv om de ikke husker. Pasientene faller mer til ro. Som deltaker sier det slik: «Jo mer ærlig du er, jo folere går jo den prosessen, selv om det ikke kommer en pop aggresjon eller depresjon, så vil det komme en folere og bedre hverdag» (Sykepleier C). Sykepleier oppgir at å ta i bruk en «hvit løgn» kan fungere der og da, men at det ikke oppleves greit. Deltaker syntes det er utfordrende å faktisk stå å lyve til pasienter som er spesielt urolige og at det er en lettelse å få kunne fortelle sannheten. Deltaker opplever det spesielt utfordrende, da personalet ønsker å beskytte og ivareta pårørende mot pasienter som er voldelige. En annen deltaker nevner at hvit løgn er fullt lovlig: «Jeg har jobbet nattevakter hvor jeg dro ut på havet for å hente garnet» (Sykepleier E). Videre erfarer sykepleier at avledningsteknikker er en god måte å tilnærme seg urolige pasienter på, at man fjerner fokus over til noe annet. En annen deltaker mener at å avlede aggresjon i noe som pasienten er kjent med gir mer ro og trygghet. Sykepleier sier at avledning oppleves som et greit virkemiddel for å roe sinnsstemningen til pasienter. Videre forteller deltaker at realitetsorientering er første prioritet, og hvis pasienten blir aggressiv så bør man prøve en type avledning. Deltaker sier det slik: «La dem få en «time out». Prøv å unngå fotfølging, for det kan virke provoserende, la dem få vandre. De er jo ikke straffanger. De er jo mennesker» (Sykepleier C).

Flere deltakere nevner at kroppsspråket spiller en stor rolle i møte med pasienter med utfordrende atferd. En av sykepleierne oppgir at å lese kroppsspråk, ansikt og holdninger er utrolig viktig når det gjelder å fange opp situasjoner rundt pasienter. Videre sier deltaker at man snakker med kroppsspråket og kan frembringe sinne og utrygghet med måten man opptrer på i rommet. Deltaker mener pleiere kan snakke frem pasienter og at det er en fin hjelpemetode. Videre erfarer deltaker spesielt fra psykiatrien, at man må tenke på kroppsspråket hvor man sitter seg ned i rommet og lese situasjon rundt pasienten. Sykepleier sier det er helheten som gjør hvordan man går frem. Som deltaker sier det: «Hvordan vi ordlegger oss oppleves som utrolig viktig i møte med personer med demenssykdom og som

har vanskelig atferd. Ordet «vi» skal du være forsiktig med. Skal vi gå og legge oss? Skal vi ta en kopp kaffe?» (Sykepleier E).

En av Deltakerne erfarer at speiling i pasientene er viktig, at man sitter ned sammen med pasienten og tar en kopp kaffe hvis de er paranoide. Videre sier sykepleier at i slike situasjoner blir det en kosestund: «Et måltid er jo en aktivitet ikke en oppgave» (Sykepleier E). Man bevarer pasientens ressurser og får frem en god samtale.

5.3 Behov for kunnskap for å håndtere utfordrende atferd

Fra intervjuene fremkommer det at sykepleierne søker mer kunnskap om hvordan de skal håndtere utfordrende situasjoner. For at sykepleierne skal kunne ivareta og gi omsorg til pasienter som har utfordrende atferd må de ha kunnskap om hvordan de skal håndtere vanskelige situasjoner.

5.3.1 Deling av kunnskap

Flere av deltakere opplyser at de savner mer kursing innenfor demensomsorgen. «En deltaker sa det slik: «Å øke grunnforståelsen er jo alfa omega» (Sykepleier C). Deltaker mener at grunnutdanninga blir for overfladisk og at faglig påfyll er av interesse. Andre sykepleiere sier at de ønsker etiske refleksjonsgrupper. En av sykepleierne forteller at han savner et møte en gang i måneden hvor det konstrueres eller diskuteres etiske problemstillinger. Deltaker oppgir at etikken er viktig i arbeid med personer med demenssykdom. To av deltakerne forteller at de har holdt kurs for de ansatte etter at de har hospitert andre steder. En av sykepleierne som har erfaring fra ledelse har erfart at å lære sine ansatte teknikker og ulike tiltak på hvordan man håndterer utfordrende atferd, øker tryggheten rundt en pleier-pasient-relasjon. Deltaker opplyser om at det kreves sterke ledere som sier at dette skal gjennomføres. Videre forteller sykepleier at andre ledere kanskje mener det blir for dyrt og krever midler, men det blir dyrere med sykemeldinger. Som deltaker sier det:

Det blir på en måte en vinn og vinn situasjon og ikke minst at det gir betjeninga en mestringsfølelse. Når man ikke når igjennom til personen med demens. Ja! Da føler du at du har tapt. Hvorfor klarer jeg ikke å få han med. (Sykepleier D)

En annen deltaker oppgir at et samarbeid på tvers av institusjoner og den lærdommen som høstes derifra tar man med inn i sykehjemmet og deler sin kunnskap. Deltaker forteller at man kan «høste gode erfaringer» og få en bedre forståelse med å jobbe kombinert på avdeling for

psykisk syke og avdeling for personer med demenssykdom. Deltaker sier det slik: «Vi har jo hatt pasienter som har vært ekstremt krevende, vi har jo vært nødt til å ta de ut av sykehjem og opprettet eget rom og har vært to personalet på en. Ja! Så sjuk har de vært altså» (Sykepleier E). En annen deltaker erfarer også at å samarbeide med psykiatriske avdelinger har vært nyttig og lærerikt når atferd har blitt vanskelig. Sykepleier oppgir at man kan lære mye av å hospitere og få ideer. Som deltaker beskriver det:

Han var i starten av 70-årene, en ung mann som fikk en alvorlig demensdiagnose og var veldig utagerende. Han kunne gå rundt å trekke ut spikeren fra veggene/listene med bare to fingre. Det var helt ekstremt. Ja! Man skulle nesten tro at han var psykotisk. (Deltaker D)

Videre sier sykepleier: «Kursing om ulike teknikker eller håndteringer av utfordrende atferd gir trygghet og økt mestringsfølelse blant personalgruppa» (Sykepleier D).

Deltakere som fungerer som lederstøtte og fagressurs har erfaring med opplæring og kursing på sykehjem. En sier at det er veldig spennende å få bidra med kompetanseheving i virksomheten. Sykepleier oppgir at det etterstrebes med å finne interessante kurs som står til de utfordringene de ansatte har i hverdagen. Deltaker forteller at det lages opplegg rundt internundervisning som brukes innad i virksomheten, men også generelt i kommunen. Videre opplyser deltaker at det også jobbes med å finne eksterne folk som jobber med undervisning.

5.3.2 Kartlegging og refleksjoner

Flere deltakere opplyser at internundervisning bidrar til å få frem refleksjoner og dialoger mellom personalgruppa. En av deltakerne forteller at undervisningen legges opp til filmvisning, informasjon og mye fag. Som deltaker sier det: “Det som er så bra er jo at refleksjoner og diskusjonene blir ulikt. Men å få den iveren, gødse i gruppa, syns jeg er artig” (Sykepleier E).

Noen deltakere opplever at refleksjonsgrupper er med på å trygge de ansatte på den jobben de gjør. En av deltakerne forteller at i det daglige arbeidet og de utfordringene man står i så reflekterer personalgruppa over ulike problemstillinger, samtidig utveksler de erfaringer seg imellom. Både vernepleiere, sykepleiere og helsefagarbeidere samles i lag. Alle har ulikt kunnskapsnivå, men får en forståelse for hverandres erfaringer. Flere av deltakerne har erfaringer med Tid-modell. Flere sykepleiere oppgir at på Tid-møter er refleksjonsgrupper og kartlegging rundt pasienter med utfordrende atferd en del av å jobbe personsentret og får frem

de ansattes følelser i møte med pasienten. Modellen hjelper personalet til en mer fast og organisert hverdag.

Deltakere forteller at det sliter som verst når det «koker» på avdelingen og føles som en tidkrevende prosess. Enkelte sykepleiere i studien oppgir en følelse av å ikke strekke til, at man kjører seg fast og ikke får noe til. En av deltakerne erfarer at pleiere kan ta det som et nederlag og får en tapsfølelse av å ikke nå inn til pasienter med demenssykdom. Sykepleier erfarer også at personalet blir redde og usikre når pasienter er spesielt utagerende, og som følge av dette ikke mestrer vanskelige situasjoner. Deltaker forteller at det er krevende, hvor man rett og slett ikke kommer i mål og at personalgruppa mangler kunnskap til å håndtere dette. En av sykepleierne mener at dersom personalet til daglig opplever ubehagelig situasjoner så sliter det ansatte ut mentalt over tid og gir frustrasjoner. Som deltaker uttrykker seg: «Mestring er viktig og gir oss mer glede og håp i en arbeidshverdag og har lyst til å fortsette i jobben vår» (Sykepleier B).

Deltakere opplyser at det er viktig å kartlegge hva som skjer i forkant av utagering. Som en deltaker sier det: “Vi må få bort den synsinga” (Sykepleier D). Deltakere opplyser at TID-registrering bare gjennomføres når pasienter har utfordrende atferd, når atferden endrer seg. Samtidig opplyser deltakere som har erfaring med bruk av Tid-modell, at problemet må være håndterbart og at målet er realistisk. Deltakere oppgir at det kan være roping, at pasienten slår og sterk uro av annen årsak. Videre sier sykepleier at det må være lett for personalet å forstå hva som skal registreres. Som deltaker sier det: Det er jo mange som er motorisk urolig, men sånn er det jo bare. Det er på en måte ikke uro. Er det fordi pasienten går opp og ned av stolen. Er det fordi pasienten går? Hva er uro?» (Sykepleier F). Det kommer frem av deltaker at det må skilles hvilken type uro det er og det er ikke lett for alle å forstå. Sykepleier forteller at det viktige med registrering er at det vises at pasienten kanskje bare har slått en gang, mens det i rapporten dokumenteres at pasienten har slått og sparket mange ganger. Så er det egentlig ikke tilfelle. Deltakere som har erfaring med TID, opplyser at TID-møter gjør personalet mer fokusert faglig og mer undrende. En annen deltaker beskriver det slik:

Altså, kunne innhente svar og observasjoner som er fakta, som er evidens [...] For at hvis det er to stykker som mener og synser det, så er det kanskje tre andre som er uenig og synes og mener noe annet. Da må du ha håndfast dokumentasjon, ja!
(Sykepleier D)

En annen sykepleier forteller at det er viktig med dokumentasjon for å se ulike nyanser i personalets opplevelser.

6 Diskusjon

I dette kapittelet diskuteres relevant litteratur opp mot problemstillingen og de resultater som kommer frem av analysen. Jeg har i denne delen forsøkt å svare på problemstillingen jeg reiser i oppgaven. «*Hvordan forstår sykepleiere utfordrende atferd i møte med pasienter med demenssykdom og hvordan håndterer de situasjoner hvor utfordrende atferd oppstår?*»

6.1 Sykepleierens forståelse for utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom

Av resultater fra intervjuene kommer det frem at å leve med demenssykdom og utfordrende atferd setter pasienten i en sårbar situasjon, og gir samtidig nedsatt livskvalitet. Det viser seg også at ved svikt i kognitive funksjoner og vanskelig atferd gjør det utfordrende for omsorgspersoner å møte og håndtere denne pasientgruppa. Pasienten oppfattes som både angstpreget og deprimert, samtidig kan sinne og utagering oppstå. Dette gjør arbeidssituasjonen krevende for de ansatte. Det er ikke alltid man klarer å gjøre noe med denne type atferd. Sykepleiere i min undersøkelse mener det ofte er helsepersonell som da må endre sin måte å møte de på.

6.1.1 Å se det fra pasientens perspektiv

I min undersøkelse viser det seg at å se personen for den han er gir bedre forståelse for demenssykdommen. Mye av den vanskelige atferden som viser seg, oppfattes av deltakerne som en årsak til at personer med demenssykdom blir oversett og neglisjert. Rokstad (2020, s. 52-54) sier at personsentrert omsorg innebærer først og fremst å se og møte personer med demens. Å leve med demenssykdom setter den subjektive opplevelsen på prøve. Menneskets verdi og integritet kan bli truet som følge av identitetstap. Videre står det at personsentret omsorg handler om å møte menneskets grunnleggende psykologiske behov som trøst, tilknytning, identitet, beskjeftigelse og inklusjon. Dette er også i tråd med Kitwood (1999, s. 90) sin beskrivelse av de grunnleggende psykologiske behov. Sykepleierne i min studie sier at det viktigste er å ta personens perspektiv. Helsepersonell må finne ut hvem pasienten er og at mennesket har ulike ønsker og behov. Fra min studie fremkommer det fra deltakerne at pasientens forhistorie og de kunnskapene som ligger der er noe av det viktigste vi tilegner oss i arbeidet med personer med demens. Dette bekreftes av studien til Simonsen og Helgesen (2020). Resultater som kommer frem fra deres forskning, viser at pasientens livshistorie er

den viktigste redskapen helsepersonell har og som er grunnleggende for å bli kjent med pasienten.

Deltakerne forteller at det etterstrebtes å se personen bak sykdommen, at man ser personen for den han er og gir individuell omsorg utfra det. Det er viktig å bekrefte deres identitet. Brooker (2013, s. 8-9) beskriver en mye omtalt modell kalt Vips. Modellen viser et rammeverk for personsentrert omsorg, hvor sentrale elementer må være til stede i demensomsorgen for at den skal kunne kalles personsentrert. Til sammen danner de en definisjon på en sterk kultur med personsentrert tilnærming til omsorg.

I tillegg til den personsentrerte omsorgen var Kitwood (1999, s. 14) opptatt å snakke med personer som selv opplevde det å ha demenssykdom. Han utviklet Dementia Care Mapping (DCM), et verktøy for å kartlegge demensomsorgen. Den første versjonen var å evaluere omsorgen utfra personens perspektiv. Den er basert på å sette seg inn i den demente persons sted, en kombinasjon av empati og observasjonsteknikker. I en studie av McCombie et al. (2021) viser resultater at det oppleves vanskelig for personer med demens og depresjon, samtidig også for deres omsorgspersoner, når de ikke blir møtt med forståelse. Funnene stemmer overens med Kitwoods (1999) teori om personsentrert omsorg og ivaretagelse av personverdet. Resultater fra deres studie viser at å fremheve verdien av å lytte til perspektivene til mennesker med demens selv, i stedet for å stole på klinikere og omsorgspersonenes perspektiver var et funn i seg selv.

Fra min studie forteller en sykepleier at personer med demens er verdifulle, det er viktig å se de menneskene de en gang var. Deltaker opplever at denne pasientgruppen har mye omsorg i seg og kommer med «gullkorn», slik som humoristiske bemerkninger, mens hos andre igjen kan ordbruken være mer på kanten og komme med «groviser». Deltakerne beskriver ikke dette noe nærmere. Det å lytte til pasientene og se det de uttrykker i en kontekst er viktig for å forstå pasientene. Kanskje vil en grov vits være et muntert bidrag dersom det ikke sårer noen som er til stede og at det som sies passer inn i sammenhengen. På den andre siden skal man være var på hva som sies fordi pasienter med demenssykdom har en kognitiv svikt som kan redusere evnen til å forstå nyanser i språket. For å møte pasienten med forståelse og ivareta hver enkel på en god måte er det viktig å være observant på hvordan den daglige språkbruken på avdelingen påvirker pasientene.

Referanserammen rundt personbegrepet bør omtales som «PERSON-med-demens» (Kitwood, 1999, s. 17). Personbegrepet betyr å verdsette, å ivareta, samtidig ivareta deres integritet. Dette er et uttrykk i sosialpsykologien og betyr at personer med demens er unike mennesker. Flere studier omhandler personsentrert omsorg hvor personen settes i sentrum (Cohen-Mansfield, 2013; Hols & Skår, 2017; Lichtwarck et al., 2018; McCombie et al., 2021; Simonsen & Helgesen, 2020; Sefcik et al., 2021). Disse studiene viser at kunnskap om pasienters livshistorie og personlighet er nødvendig. Å imøtekomme pasientens individualitet, respekt for livet og tilpasning av omsorg og aktiviteter, viser seg å være aktuelt for å forebygge utfordrende atferd.

6.1.2 Bakenforliggende årsaker til vanskelig atferd

Deltakerne forteller at det ofte er bakenforliggende årsaker til utfordrende atferd og at helsepersonell må avdekke både fysiske og psykiske grunner. Resultater fra denne studien viser at uro bunner ut i et savn hos personer med demenssykdom. Deltakerne erfarer at når pasienten ikke finner veien «hjem» og i tillegg ikke har forståelse for egen sykdom, eskalerer det med uro. Frykt og engstelse skaper gjerne sinne, temperament og usikkerhet hos pasienter med demenssykdom. Sterk uro og stor utførselstrang som følge av hindringer i avdelingen oppleves av personalet som medvirkende årsak. Pasienten føler seg innestengt og tror de er i et fengsel. Deltakerne oppgir at demensforløpet har mye å si i forhold til vanskelig atferd, spesielt når pasienten har klare øyeblikk og blir fortvilet over egen glemsomhet. En rekke studier viser viktigheten med å finne årsaken bak vanskelig atferd. Dette er viktig for å kunne forstå de nevropsykiatriske symptomer som oppstår (Cohen-Mansfield, 2013; Holst & Skår, 2017; Lichtwarck et al., 2018). Holst og Skår (2017) fant i sin studie at både indre og ytre triggere utløser utfordrende atferd. Det påpekes viktigheten av å finne ut hva som skjer i situasjoner hvor pasienten opptrer utfordrende. Studien viser at både miljøet, fysiske og psykiske årsaker er med på å trigge atferden til pasienten. Interne triggere kan være hørselstap, søvnmangel, infeksjoner eller hallusinasjoner. Identifisering og behandling av somatiske lidelser, er en målbevisst måte å jobbe på for å unngå aggressiv atferd hos beboere. Videre fant de om utløsende årsaker, at miljøet rundt beboerne og manglende forståelse i ulike situasjoner førte til vold fra beboerne. For eksempel i matsituasjoner, situasjoner slik som av- på kledninger og støy i avdelingen. Eksterne triggere viser seg å være i situasjoner hvor beboerne ble under- og overstimulert. Funn i studien viser også at overfylte rom på sykehjemmene kan ha vært medvirkende årsak til aggressiv atferd hos beboerne (Holst & Skår, 2017). Dette bekreftes av Kjelberg (2002, s. 33-37) som sier at atferd forandrer seg utfra

indre og ytre stimuli. Noen er bevisste, andre ikke. Den beveger seg utfra om de indre og ytre faktorer endrer seg.

Fra eget praksisfelt ser man at pasienter med spesielt nedsatt hørsel, samtidig også nedsatt syn kan føle seg overrumplet, om man kommer for brått på og ikke informerer i situasjonen en er i. Det kan da utløse sinne og uønsket atferd på grunn av manglende forståelse og utrygghet. Etter konserter eller andre tilstelninger, kan pasienten gå mot døra og skal hjem til huset sitt eller hjem til mor og far. Det kan da eskalere med uro. I følge Lichtwarck, Væringstad og Hoel (2019, s. 6) er årsaker til utfordrende atferd multifaktorielle. Lidelsene kan være av både biologiske, psykologiske og sosiale årsaker og påvirker hverandre. Ofte oppstår nevropsykiatriske symptomer i samhandling med andre. Relasjonelle perspektiver ved menneskelig atferd er sentralt for å forstå atferden. I forskningen til Cohen-Mansfield (2013) skriver han om udekkede behov som smerte, helse og fysiske ubehag. Mentale ubehag som depresjon, angst, frustrasjoner, ensomhet er andre årsaker. Som følge av kommunikasjonsvansker og at omsorgspersoner vanskelig kan fange opp de udekkede behov, forklares utfordrende atferd gjennom atferdsforstyrrelser. Dette er også i tråd med Lichtwarck, Væringstad og Hoel (2019, s. 6) sin beskrivelse av mulige årsaker og tolkninger av atferd og psykologiske symptomer ved demens (APSD).

Brooker (2013, s. 59) påpeker viktigheten med å se meningen med all atferd og at man tar utgangspunkt i dette for å hjelpe personer med demens. Typer av atferd som nevnes her er deriblant fortvilelse, aggresjon, angst, paranoia, uakseptabel seksuell atferd, nedstemthet, tilbaketrekning og selvskading. Utfra resultater i min studie mener sykepleierne, at man først og fremst må se på de somatiske sykdommer for utagerende atferd. Deltakerne opplever at smerter er en stor årsak til vanskelig atferd hvor pasienten ikke klarer å redegjøre for hvor han har vondt. En av deltakerne trakk fram et spesielt eksempel på årsaken til utfordrende atferd: *«Jeg har til og med opplevd at en pasient gikk med glasbrott i foten og ikke klart å si ifra»*. Dette viser viktigheten av at sykepleierne ser etter årsaken til uro og ikke ser alt i lyset av demenssykdommen. Samtidig må sykepleieren også ha med seg at uroen kan skyldes andre grunner slik som utvikling av sykdommen.

Fra min undersøkelse viser det seg at tannverk er en medvirkende årsak. I forskningen til Cohen-Mansfield (2013) er tann smerter gjennomgripende hos personer med demens og viser seg ofte i atferdsforstyrrelser. Samtidig viser resultater fra min studie at en kombinasjon av smerter, delirium, infeksjoner, ørebetennelse og obstipasjoner gir uro og ubehag. Dette er

også i tråd med Kirkevold (2018, s. 262-263) sin forklaring på nevropsykiatriske symptomer, som oppstår i kombinasjon av miljømessige, biologiske og personlige forhold.

I Rokstad (2020, s. 55) står det at personer med demenssykdom kan ha problemer med å uttrykke kroppslig og psykisk smerte og ubehag. Helsepersonell må i den forbindelse være oppmerksom på endret atferd, mimikk og kroppsholdninger. Noe også sykepleierne i min studie er opptatt av, at helsepersonell må lese kroppsspråk, ansiktsuttrykk og holdninger. Deltakerne mener personalet må finne utløsende faktorer før eventuell medisinerings. Fysiske og psykiske plager hos pasienter med demensdiagnose kan føre til nedsatt matlyst, depresjoner og rastløshet.

I min undersøkelse forteller sykepleierne at misforståelser mellom pleier og pasient ofte kan utløse unødvendig uro. Man må kjenne til pasientens bakgrunnshistorie og tenke over vår fremtredelse i situasjonen. Deltakerne erfarer at det er vanskelig å forstå pasienter uten språk. Resultater viser at det er utfordrende når pasienten kommuniserer på et språk som er vanskelig å tolke. Dette er i tråd med Kjelberg (2002, s. 33) sin beskrivelse av atferd, en kommunikasjonsform som må tolkes. Videre står det at atferd er en kommunikasjonsform som viser seg både verbalt og non-verbalt. Vi uttrykker positive og negative følelser, opplevelser og reaksjoner. Et annet moment som kom fram i studien til Holst og Skår (2017) viser funn at dersom tilnærmingen preges av stress eller hastverk, kan det føre til utløsende eller øke aggresjon hos pasienten. Tid og tålmodighet anses som viktig i møte med denne pasientgruppen, spesielt pasienter med nedsatt hørsel. Dersom pasienter med kognitiv svikt i tillegg har redusert hørsel vil kommunikasjon være utfordrende. Da er det viktig å bruke tid for at pasienten skal føle seg ivaretatt og trygg i situasjonen. På den andre siden så kommer tidspress og stress blant personalet, som nok vil påvirke mulighetene for å bruke nok tid til den enkelte pasient.

Resultater fra min studie viser videre at det i stellesituasjoner kan trigge og fremprovosere sinne spesielt der blottlegging kan oppleves som krenkende og uverdigg for pasientene. En av sykepleierne opplever at dette gjelder spesielt hos menn. Juritzen og Heggen (2006) benyttet en konstruert situasjonsbeskrivelse i en casebasert studie, som viste hvordan makt brukes i omsorgsrelasjoner. Hensikten var å se på hvordan man kan snu situasjonen gjennom samtaler som engasjerer pasienten og ta i bruk humor som gjør situasjonen bedre å håndtere, og skape likevekt i situasjonen. Daglig stell av pasienter i en sykehjemsavdeling er kjerneaktiviteter i institusjonalisert eldreomsorg. Samtidig er dette også situasjoner som kan utløse atferd som

kan være vanskelig å håndtere. Dette kan forstås slik at makt kan være til pleiernes nytte dersom den brukes på riktig måte og som ivaretar pasienten. Dette var noe som ble påpekt av en deltaker fra min studie som spesifiserer at det er personen med demenssykdom som har råderett til egen kropp. På den andre siden så kan det oppstå situasjoner der pasienter med kognitiv svikt ikke forstår nødvendigheten med hjelpen.

Liknende situasjoner trekker Kirkevold (2018, s. 263) fram når det påpekes at det er i samhandlingssituasjoner det oftest skjer vanskelige situasjoner og utfordrende atferd. Dette viser seg i still og ved av- og påkledning og at i disse situasjoner vil pasienten mest sannsynligvis føle seg sårbar og truet.

Deltakere fra min studie erfarer at en rød tråd er å beholde roen i avdelingen. Deltakerne er klar på at utfordrende atferd ofte er personell relatert. De forteller at å jobbe med utfordrende atferd, det er å måtte gå i seg selv veldig mye. Flere konflikter kunne vært unngått om man hadde vist andre innfallsvinkler i møte med pasienten. Deltakerne nevner at både stemmebruk, kroppsspråk der høylytt snakking blant helsepersonell kan oppleves uroende for person med demenssykdom. Andre underliggende årsaker til uro kan være høy og støyende musikk fra radio eller fra tv. Det som også resultatet fra denne studien viser, er ulike opplevelser av at pasienter blir konfrontert med sine handlinger, i stedet for å roe ned, står personalet og roper tvers over rommet. I situasjoner som dette skaper det enda mer sinne og frustrasjoner hos personer med demenssykdom, hvor uroen eskalerer i avdelingen.

Refleksjoner fra deltakerne er at man i slike situasjoner går bort, tar pasienten i hånda og heller roer ned på den måten. Ifølge Kjelberg (2002, s. 52-57) tilskrives vanskelig atferd ofte utfra situasjonsårsaker. Med situasjonsårsaker menes her årsaker som er å finne i den situasjon pasienten reelt er i eller opplever å være i. Samhandlingskonflikter mellom pasient og personalet er vanlig og vanskelig å unngå. Konflikter som dette er ofte, årsaker til at pasienten selv og personene i omgivelsene blir negative eller vanskelige. For å unngå slike situasjoner kan det å være bevisst på de utløsende faktorene, samtidig være enig i personalgruppa om hvordan alle kan jobbe for å unngå disse.

6.2 Sykepleiernes refleksjoner fra å jobbe med pasienter med demenssykdom og utfordrende atferd

Av resultater fra intervjuene kommer det frem at personlig egnethet er især viktig i arbeid med pasienter med demenssykdom. Det er viktig at helsepersonell evner å sanse stemningen i møte med pasient, samtidig er et godt samarbeid i gruppa nødvendig for å gi best mulig

omsorg og pleie i møte med denne sårbare pasientgruppa. Videre viser resultater fra min undersøkelse også sykepleiernes sårbarhet.

6.2.1 Når atferden blir utfordrende

Utfordrende atferd er ofte begrunnet i atferdsmessige og psykologiske endringer hos personen med demenssykdom. Dette er noe deltakerne i denne studien er opptatt av, at det påvirker pleierne. Dette bekreftes av Selbæk (2018, s. 246-253) som sier at symptomer som dette kan være psykotiske, stemningsendringer, angst, apati og agitasjon. Videre står det at disse symptomer vanskelig kan fanges opp dersom pasienten utvikler afasi som følger av den kognitive svikten. Resultater fra deltakerne i min studie viser at personalet blir redde og engstelige når pasienten viser utfordrende atferd, som truende atferd, spyting, biting, roping, noen knuser inventarer og vindu. Dette oppleves traumatisk for personale: «*Alt kan skje*» sa en deltaker, og er beskrivende for det som sykepleierne i denne studien mener. Det skaper igjen problemer i forhold til det å håndtere slike situasjoner. I Rognstad og Nåden (2011) viser hovedfunn at helsepersonell er redde, fortvilet og uttrykker angst i møte med aggressiv atferd. Pleiere opplever en følelse av maktløshet og en uforutsigbar arbeidssituasjon. I studien til Holst og Skar (2017) viser resultater at fysisk og verbal utagering oppleves som vanskelig å håndtere blant omsorgsgivere og kan påvirke deres omsorg og mestringsevne overfor beboere. Aggressiv atferd virker både følelsesmessig utmattende og kan hindre omsorgsutøvere i å gjøre en god jobb i møte med personer med demenssykdom.

På den andre siden kommer det frem fra en deltaker, at passive pasienter som ikke sier noe og bare er stille er like utfordrende som de med utageringer. Det blir liksom motsatt effekt, men like viktig. Deltaker undrer seg over om pasienten er passiv som følge av depresjon eller om beboer er understimulert. Sykepleier forteller at pasienter i slike situasjoner for eksempel kan slikke på fingre og gjør repeterende handlinger av ulike slag. Dette er i tråd med Kjelberg (2002, s. 29) sin beskrivelse av apati og passivitet, som en form for vanskelig atferd. Når pasienten kommer på sykehjem blir de ofte passive og apatiske, noe av dette kommer av den underliggende hjerneskaden. Aktivisering er et godt tiltak mot denne type atferd, men man må aktivisere i den grad pasienten tåler det og har glede av det.

I en studie av McCombie et al. (2021) viser funn viktigheten med å ta opp temaer som karakteriserer opplevelsen av depresjon blant personer med demens, inkludert sorg, isolasjon og rolletap, følelsen av å være belastende, samtidig dårlig forstått og mellommenneskelige spenninger. Funnsom kommer frem av forskningen, illustrerer hvor vanskelig det oppleves

for personer med depresjon og omsorgspersoner når de ikke blir møtt med forståelse. Min undersøkelse viser at i situasjoner hvor pasienten viser passiv atferd og er innesluttet, er det vanskelig å kartlegge hvilke forståelser pasienten har. Sykepleier forteller at denne pasientgruppen ofte blir etterlatt til seg selv, hvor det oppfattes at de blir oversett av personalet. I følge (Engedal & Tveito, 2019, s. 373) kan apati forveksles med depresjon. Dette fordi depresjon uttrykker seg ved at personen med demens kan bli tiltaksløs, interesseløs eller bare sitte i en stol uten å ta initiativ til å sette i gang med handlinger. Personen oppfattes som handlingslammete.

Kanskje et like stort problem er repeterende handlinger hos pasienten. Slike handlinger opplever deltakerne som vanskelig å håndtere både for personalet og med pasienter med begrenset kognitiv kapasitet. Sykepleierne sier det er vanskelig å komme i mål med slik atferd og spesielt vanskelig for pasienten selv, som stadig er på søken etter noe. Denne type uro lar seg vanskelig medisinerer bort, og ifølge Engedal og Tveito (2019, s. 375) hevder de at kontinuerlig roping er en sjelden, men utfordrende å forholde seg til og behandle. Pasienter som for eksempel roper: «Hallo, hallo!» eller «Hjelp meg, hjelp meg!» uten pause, er vanskelig å stoppe. Pasienten er som oftest ikke klar over dette selv og ropingen stopper når pleieren henvender seg til vedkommende. Det undres over om ropingen er en form for selvstimulering eller en form for kommunikasjon.

Vanskelig atferd er ifølge Kjelberg (2002, s. 33) en atferd som er annerledes enn det pasienten er vant til fra tidligere. Dette viser seg gjennom for eksempel roping, skriking, vandring og utageringer i form av slag og spark. Resultatet fra min studie viser at vandring og vrangforestillinger oppleves som krevende og nesten enda verre. Vandring uten mål og mening smitter gjerne over på andre pasienter. Det har også repeterende handlinger. Engedal og Tveito (2019, s. 373) sier at vrangforestillinger er en måte å uttrykke et savn på hos personer med demenssykdom, et savn etter mor og far. Noen forestillinger skyldes tidsforskyvning eller manglende forståelsesevne. Når pasienten skal gå hjem og ikke kjenner seg igjen, beror dette seg på sviktende evne til å forstå, som følge av den kognitive svikten.

Sykepleierne i min studie mener etikken er sentralt i møte med personer med demenssykdom og utfordrende atferd. De mener at å ivareta pasientens verdighet er viktig, og at det i denne sammenhengen blir deres oppgave å skjerme pasienten samt å vise ansvarsfølelse når det gjelder å beskytte pasienten. Videre uttrykker en av sykepleierne at det kan være svært utfordrende å ta slike vanskelige avgjørelser. Det samme fant Rognstad og Nåden (2011) i sin

studie som tar opp etiske dilemmaer i møte med aggressive pasienter som utøver vold mot personalet. Studien påpeker blant annet hvor vanskelig personalet opplever dette med å ivareta pasienters verdighet i situasjoner der de slår, spytter og klyper. Samtidig vektlegges betydningen av å ivareta pasientens verdighet i slike situasjoner. Personalet i denne studien uttrykker usikkerhet og angst for at de ikke lykkes i arbeid med utfordrende situasjoner i møte denne pasientgruppen. Følelsen av angst, usikkerhet og en maktløshet kan føre til at pasientens verdighet blir krenket. I min studie uttrykker en sykepleier at det kan være svært utfordrende, hvor de må ta vanskelige avgjørelser.

6.2.2 Resultatet av pasient møtene er personavhengig

Av resultater i min studie kommer det frem viktigheten med kunnskap, innsikt og tålmodighet i møte med personer med demens. Samtidig er det en fordel med stabil arbeidskraft, som ønsker å jobbe med denne pasientgruppen. Funn i min undersøkelse viser at pleiere kan ta det som et nederlag om de ikke mestrer denne type jobb. Deltakerne mener det bør stilles krav til helsepersonell i dag med tanke på hvordan man møter personer med demenssykdom og de utfordringer som ligger der. Kvalifikasjoner og personlig egnethet er av betydning. Som tidligere nevnt mener sykepleierne at det ikke trenger å være en faglært person som yter best mulig omsorg, men liksom godt en ufaglært, som får det godt til med å ta eierskap i situasjonen. Sykepleierne erfarer at vår personlighet er viktig. Videre uttrykker deltakerne at gjennom veiledning i situasjoner som er vanskelig å håndtere, går det som regel bedre neste gang en går i møte med pasienten. Flere studier påpeker viktigheten med påfyll av kunnskap, kompetanseheving og en faglig oppdatering (Holst & Skår, 2017; Lichtwarck et al., 2018; Lichtwarck et al., 2019; Ozcan & Akyar, 2021; Rognstad & Nåden, 2011; Sefcik et al., 2020). Disse studiene viser også at det er mangel på opplæring og kunnskap i møte med personer med demenssykdom, samtidig også manglende innsikt i sykdommens progresjon og emosjonelle endringer. Økt læring, kunnskap og forståelse for hvordan man imøtekommer personer med demens og nevropsykiatriske symptomer er av betydning. Dette har også betydning for mestringsfølelsen blant omsorgspersoner.

Forskningen er i tråd med Demensplanen 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet u.å.) hvor det står at kompetansen skal økes i sykehjemmene og er en viktig målsetning. I følge nasjonal faglig retningslinje om demens (2020) er det et krav om kompetanseutvikling. «Helse- og omsorgspersonell skal ha kunnskap om og yte personsentrerte helse- og omsorgstjenester til

personer med demens». Herunder «bestrebe seg på å tolke og forstå utfordrende atferd hos personer med demens som et forsøk på å kommunisere behov» (Helsedirektoratet, 2020).

I min undersøkelse forteller deltakerne at vi alle er forskjellige og har ulike måter å jobbe på og har ulike tonefall i stemmen. Sykepleierne forteller at personalet har forskjellige måter å tre inn i rommet på. Resultater fra min studie viser at våre holdninger og verdier i møte med personer med demens er viktig. Deltakerne oppfatter at våre holdninger bygger på hvilken kultur som finnes i feltet, og hvordan helsepersonell ser på pasientene. Sykepleierne forteller at dersom man får en ukultur eller subkultur i sykehjemmet, er den mye vanskeligere å håndtere. Brooker (2013, s. 15) refererer til Kitwood, som sier at den nye pleiekulturen innebærer at de ansattes personverd må respekteres for å kunne gjøre en god jobb. For sykepleierne i helsesektoren i dag er dette vesentlig for å kunne jobbe personsentrert, dette er i samsvar med studien til Cohen-Mansfield (2013) som viser at en kulturendring som fokuserer på personsentrert omsorg, er en betydelig fordel når det gjelder atferdsforstyrrelser.

6.2.3 Samarbeid for pasientens beste

Resultater fra min studie viser at deltakerne er opptatt av teamarbeid, at personalgruppa er samstemte og at ting blir gjort likt. Sykepleierne erfarer at når personalet har en felles forståelse for hvordan en skal imøtekomme pasienter med demenssykdom, og tar i bruk de samme tilnæringsmåtene, blir det en bedre flyt og en forutsigbar arbeidshverdag. Videre forteller de at dersom det er mye gnisninger i personalgruppa smittes det over på pasientene og merkes på pasientens atferd, både fysisk og psykisk. I intervjuene kommer det frem at enkelte deltakere opplever arbeidssituasjonen som vanskelig å håndtere. Dette oppleves fordi det er dårlig samarbeid blant helsepersonell og mange utfordrende saker, ulike oppfatninger og tanker. Deltakere sier det er mye splittede og delte meninger.

Rognstad og Nåden (2011) påpeker i sine funn, at i tillegg til kompetanseheving er trening i teamwork helt nødvendig for å kunne utføre forsvarlig pleie overfor urolige pasienter. Videre viser funn fra deres studie at personalet skal kunne jobbe i team, slik at de i etterkant av en utfordrende situasjon kan drøfte hva som har blitt gjort. Pleiernes opplevelse alene og i felleskap med andre pleiere gir praksiserfaringer som igjen kan knyttes til kunnskap. Noen av sykepleierne i min studie opplever en hverdag med økt arbeidsmengde og få ansatte, hvor det blir vanskelig å følge opp sårbare pasientgrupper. Det oppleves av deltakerne at de har for mange administrative arbeidsoppgaver til at de får fulgt opp det som skjer i avdelinga.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester (2003) er en forskrift til helse- og omsorgstjenesteloven der målet er å gi kvalitetsmessige tjenester til den enkelte person. Noe som betyr at den enkelte skal ha individuelt tilpassede tjenester. Forskrift om en verdig eldreomsorg (Verdighetsgarantiforskriften, 2010) er spesielt rettet mot eldreomsorgen og må sees i sammenheng med kvalitetsforsikringen. Forskriften har som formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en måte som bidrar til verdig, trygg og meningsfull alderdom. Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (1988) beskriver hva kommunen er forpliktet til å tilby av tjenester og hvordan kvaliteten skal sikres. I følge § 3-2 d), skal boformen blant annet sikre antall personell som er nødvendig for å kunne gi beboerne omsorg og bistand.

Ifølge GjØra og Michelet (2018, s. 281) vil skjermet enhet i sykehjem dekkes av denne forskriften. Fra resultater i min studie viser funn at noen deltakere mener de alltid er nok bemannet når det er ekstra uro på avdelingen, mens andre sykepleiere sier de er få ansatte som følge av sykemeldinger. Flere av deltakerne i min undersøkelse har gode opplevelser i møte med vikarer og at ofte er det de som kjenner pasienten best.

Men sykepleierne forteller også at både vikarer og faste ansatte opplever redsel når pasientene viser utagering, spesielt hvis pleiere har lite erfaring i møte med personer med demens og utfordrende atferd. Ifølge Rognstad og Nåden (2011) viser resultater fra deres studie at bemanningssituasjon er krevende og anspent spesielt i nattskiftarbeid. Funn fra studien deres viser at de ansatte opplever utfordringer ved å stå alene i vanskelige situasjoner.

6.2.4 Å sanse sinnsstemningen i møte med personer med demenssykdom

I min studie forteller deltakerne at å sanse sinnsstemningen og bruke tid i møte med pasienten er viktig. Deltakerne deler sine opplevelser i møte med pasienter i vanskelige og sårbare situasjoner. Dette er viktig å reflektere over for å skape et tillitsforhold til pasienter med demenssykdom. Sykepleierne mener det er viktig at personalet evner å sanse pasienten, men vel så viktig er det å tenke over at pasienten også sanser oss som hjelpere. Deltakere erfarer at dersom personalet ikke evner å ta i bruk sine sanser, kan pasienten fort tolke feil i ulike situasjoner som kan skape uro og engstelse.

Martinsen (2000, s. 21-27) skriver om sansing og det å registrere. Det å sanse, registrere og være oppmerksom, samtidig ha forståelse for pasientens opplevelse av egen situasjon, lever i en vennlig vekselvirkning. Det er et samspill mellom disse og dersom man kan bruke dette i

en relasjon til pasienten tenker en helhetlig. Martinsen kaller dette for det doble øyet. Det ideelle er å være både registrerende og sansende på samme tid. I min undersøkelse forteller en av sykepleierne at dersom personer med demenssykdom er utagerende og merker at du er redd og usikker, så kan det trigge atferden deres. Kontra når du er rolig og trygg på deg selv, at du bryter den situasjon du er i. Noe som blir bekreftet i Studien til Rognstad og Nåden (2011) der de som ble intervjuet beskriver evnen til å fremstå rolig ga tillit og trygghet i pasientrelasjon. De understreker at å kunne «lese» pasienten for å unngå å fremprovosere sinne er utfordrende. Videre sier de at når de får til vanskelige situasjoner som dette, blir en fornøyd og arbeidet blir meningsfullt.

Deltakerne i min undersøkelse sier at sansing er aller viktigst, øyet som ser. Videre sier en av deltakerne at sansing handler mye om våre observasjoner der og da. Sykepleierne forteller at å kunne innhente svar og observasjoner som er fakta og evidens er især viktig. I denne sammenheng er det dermed viktig med kartlegging rundt pasienter med vanskelig atferd. En av deltakerne forteller at det er situasjonsbetinget hvordan helsepersonell observerer og at det er ulikt fra person til person. De observerer, men tolker ulikt. Lichtwarck, Væringstad og Hoel (2019, s. 9) beskriver i sin tverrfaglige intervensjonsmodell, at utredningsfasen er et viktig verktøy for å fange opp endret atferd hos personer med demens. Dette blir gjort gjennom for eksempel døgnobservasjonsskjema. I studien til Simonsen og Helgesen (2020) viser funn at kartleggingsskjema ikke benyttes systematisk, men først når de ikke klarer å finne årsaken til atferden.

6.3 Ulike tilnæringsmåter i møte med pasienter med demenssykdom og utfordrende atferd

6.3.1 Betydningen av tillitsskapende arbeid

I min undersøkelse forteller sykepleierne at tillitsskapende tiltak i demensomsorgen er et viktig arbeid for å oppnå kontakt på en tillitsfull måte, og samtidig ivareta pasientens identitet og integritet. Sykepleierne sier man må jobbe med dette gjennom hele arbeidsdagen, men har erfart at ikke alle forstår dette.

En sykepleier forteller at man ikke kan lage en mal på hvordan man tilnærmer seg en pasient, det er veldig individuelt og at pasientmøtene må være ekte. Hvordan pleiere tilnærmer seg en pasient, er som tidligere nevnt av deltakere personavhengig og en tidkrevende prosess.

Sykepleiere forteller vi må finne vår egen vei, hvor pasientmøtene er en konstant bevegelse

og et flytende arbeid. I følge Brooker (2013, s. 9) omfatter personsentret omsorg elementære hovedelementer i en mye omtalt VIPS modell. Deriblant elementet I – som står for en individuell tilnærming som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske. Man skal behandle personer med demens som enkeltindivider, herunder sette seg inn i deres unike bakgrunn og personlighet, ivareta deres fysiske, sosiale og mentale evner. Kitwood (1999) sier at personer med demenssykdom er unike mennesker. Om personbegrepet skriver han at det er å verdsette og ivareta personens integritet «[...] at væren-i-seg-selv er hellig, og at livet skal æres», og: «[...] enhver person har absolutt verdi» (s. 18). Deltakerne fra min studie har en oppfattelse av at helsepersonell i dag er for oppgavestyrt, kontra det å være personsentrert.

I intervjuene blir det sagt at vi må møte pasienten der han er i sine tanker og sitt humør, og i den forbindelse unngå å behandle pasienten som en arbeidsoppgave. Samtidig sier deltakere at personalgruppa må møte pasienten der han er i sin tid. Fra min studie forteller sykepleiere at pleiepersonell og pasient må ha forståelse for samme mål og ikke gå kronologisk til verks. Brooker (2013, s. 48-49) skriver om personens perspektiv, at det handler om å forstå verden fra perspektivene til personer med demens. Hver enkelt pasient utfra sine erfaringer, har sin egen psykologiske verdi. Personer med demens handler utfra disse perspektiver, dermed er det viktig med en empatisk tilnærming, da det utgjør en terapeutisk potensial. Dette betyr at helsepersonell må evne å sette seg inn i pasientens ståsted og ta beslutninger utfra det. Videre står det at den enkeltes subjektive opplevelse betraktet som virkelighet og at vi må forstå verden sett fra pasientens side. Fra min studie sier deltakerne at man må forske på pasientens tidligere opplevelser, man må forstå de uttrykk de har og deres reaksjoner.

Resultater fra min studie viser at fysisk berøring er med på å skape tillit hos personer med demenssykdom, så fremst de er mottakelig for det. Å holde rundt en pasient som er utagerende kan være betryggende og ha en beroligende effekt. Videre sier deltakere at når personer med demenssykdom får nærhet, så slapper de av og føler seg trygg. Brooker (2013, s. 39) refererer til Kitwood som ser for seg at personsentrert omsorg for personer med demens foregår i en kontekst av mellommenneskelige forhold. Mellommenneskelige forhold handler om sosialpsykologi, altså det sosiale og psykologiske miljøet rundt pasienten. Videre står det at varm og aksepterende menneskelig kontakt blir viktig når evnen til verbal kommunikasjon forsvinner.

Ut fra intervjuene i min undersøkelse kommer det frem at dette er veldig personavhengig. Deltakerne erfarer at tid og tålmodighet er viktig i vårt møte med pasienten. Sykepleierne er

opptatt av at man smiler, er lystig og har en myk stemme, rolige bevegelser, samtidig bruk av humor. Dette vil også frembringe gode relasjoner mellom pleier og pasient, men her må man sanse stemninga først. I forskningen til Cohen-Mansfield (2013) står det at humorterapi er godt egnet til sosial interaksjon og har vist seg å redusere agitasjon hos personer med demens. Videre viser resultatet at tillitsskapende arbeid skal videreformidles. Noen deltakere mener at tillitsskapende arbeid skal skrives opp i pleieplanen og at det gjøres likt i personalgruppa. Gode erfaringer skal synliggjøres. Forskningen til Simonsen og Helgesen (2020) viser at tiltaksplaner kan danne et grunnlag for at personalgruppa møter pasienten mest mulig likt. Dette gir forutsigbarhet og trygghet. I en studie gjort av Sefcik et al. (2020) undersøkes ulike tilnæringsmåter personalet dokumenterer i pleieplaner, for å håndtere atferdsmessige og psykologiske symptomene ved demenssykdom. Studien hadde som mål å beskrive på hvilken måte disse symptomene var dokumentert i pleieplaner og om beboerne var assosiert med dokumentasjon av Person-Centered care Plans. Fra studien deres viser funn at pleieplanene ikke var nok personsentrerte. Etter en systematisk gjennomgang fremkommer det at det er behov for opplæring av personalet på hvordan tiltaksplanene bør utvikles, slik at omsorgen ble gitt på en meningsfull måte til beboerne. Dette er også i tråd med Brooker (2013, s. 34-45) sin beskrivelse av individuell omsorg, hvor blant annet individuelle tiltaksplaner vektlegges. Her står det at hver person bør ha en egen tiltaksplan som gjenspeiler et bredt spekter av ressurser og behov. I tillegg bør de evalueres regelmessig.

6.3.2 Miljøterapeutiske tiltak versus medisiner

Resultater fra min studie viser at miljøterapeutiske tiltak prioriteres fremfor medikamentell behandling. Deltakerne i min studie sier at deres hovedfokus og grunntenkning er miljørettet arbeid i møte med pasienter med demenssykdom. Psykolog og spesialist i eldrepsykologi Lise Næss (Helmers, 2018) påpeker at medikament-uro er den glemte diagnosen. Hun beskriver her seks typer uro hos personer med demens og en av dem skyldes medisiner. Uro på grunn av bivirkninger fra ulike medikamenter er et stort problem. Det viktigste er først og fremst å behandle pasienten med psykososiale behandlingsmetoder, tilstedeværelse og kjenne igjen ulike typer uro. Psykosemedisin må være førstevalg ved psykoser for at pasienten skal dra nytte av en psykososial tilnærming. Dette er også i tråd med Wyller (2015, s. 302-303) sin beskrivelse av den ikke-medisinske intervensjonens hensikt.

I studien til Kerns et al. (2017) viser funn fra sykepleiere at medisiner er eneste løsning når ikke-medikamentelle tiltak ikke fungerer, eller ikke når frem hos beboer. Det fremkommer

også av intervjuede fra deres studie at medisinerer hjelper mot å stoppe økende agitasjon hos personer med demens, og at det er nyttig å utprøve planlagt medisinerer for å hindre beboerne i å nå toppen av aggresjon. Studien beskriver imidlertid alle uheldige bivirkninger som følge av ulike farmakologiske terapier.

I min undersøkelse viser det seg at klassisk musikk og gamle vuggeviser, er tiltak som gir mest ro og trygghet når pasienten viser uro og gråter. Av resultater fra min studie opplyses det om at personer med Alzheimers bevarer hukommelsen for musikk lenge. I studien til Millan-Calenti et al. (2016) viser funn at regelmessig bruk av musikk som tilleggsterapi i behandlingen av nevrologiske, psykiske eller atferdsmessige lidelser hos personer med demenssykdom, i form av å synge eller spille kjente sanger bidrar til å redusere agitert atferd. I deres studie ble det brukt kvalifiserte musikkterapeuter i utførelsene av aktivitetene. Resultater var spesielt gode når aktiviteten ble individualisert og interaktiv. Musikk vekker interesse og gir mulighet for sosial interaksjon. En av deltakerne i min studie opplyser at det er mye forskning rundt bruk av musikk og at leger utdanner folk i musikkterapi spesielt for personer med demens. I min studie forteller deltakerne at sang, humor og at man nynner i lag med pasienter viser gode resultater både i stell situasjoner og som aktivitet på stua eller fellesareal. Videre erfares det at ulike musikktyper kan redusere bruken av tvang.

I en nylig forskningsartikkel av Hveem (2022, 9. mars) presenteres et samarbeid om musikk som en helseressurs og terapi for eldre. Gjennom en bred kompetanse på området, vil musikk få en tydelig plass i personsentrert omsorg for eldre.

Av aktuell forskning på feltet, finnes det flere studier som fremhever viktigheten med kognitive terapier som strukturerte aktiviteter i form av ordspill og hagearbeid. Fysisk berøring, multisensoriske miljøer er andre miljøbaserte intervensjoner som fremmer og bedrer livskvaliteten hos personer med demens (Abraha et al., 2017; Backhouse et al., 2016; Cohen-Mansfield, 2013; Holst & Skår, 2017; Millan-Calenti et al., 2016). Multisensoriske aktiviteter stimulerer aktivt sanser som hørsel, berøring, syn og lukt og som har positiv effekt på atferd og humør (Millan-Calenti et al., 2016). I forskningen til Leegaard (2016) står det at sensoriske stimuleringer gir økt årvåkenhet, reduserer uro og gir bedre livskvalitet til eldre personer med demens. For eksempel bruk av kjæledyr og terapihunder. Av egen erfaring ser man at dette gir ro, trygghet og ufattelig mye glede hos personer med demenssykdom i sykehjem. Dette er også i tråd med Rokstad (2020, s. 165-185) sin beskrivelse av miljøterapeutiske tiltak i demensomsorgen.

Flere av deltakerne fra min studie jobber på livsgledehem, hvor det skal tilrettelegges for et fysisk og sosialt miljø for beboerne, å bevare menneskeverdet, og samtidig anerkjenne det unike og individuelle hos alle, uansett diagnose. Virksomheten skal blant annet tilrettelegges for musikk og kultur, opprettholdelse av hobbyer og fritidssysler, kontakt med dyr og frisk luft (Livsglede for eldre, u.å.). Til tross for kriterier som dette, opplever deltakerne fra min studie at det blir vanskelig å følge samme rammeverk for beboere med ulike demensdiagnoser, at aktiviteter blir for tilfeldig og at miljøtiltak ikke har fungert. En sykepleier fra min studie opplever at det ikke er lett å få tatt i bruk personsentrert omsorg. Videre mener sykepleieren at det å gi omsorg utfra de samme rammevilkårene til alle pasientene er ikke å gi omsorg individuelt, men mer en «*brannslukking*». Utfra erfaring fra eget praksisfelt opplever jeg at alle pasientene har individuell aktivitet, men problemet kan være tilstrekkelig med tid og at pasientene er for syke til å gjennomføre aktivitetene. Utfra mitt skjønn betyr rammeverket at man jobber personsentrert, samtidig skal det omhandle helhetlig omsorg og pleie. Dersom rammeverket ikke blir satt i system kan det tenkes at det ikke blir fulgt opp slik det skal.

6.3.3 Riktig kommunikasjon kan forhindre utfordrende atferd

Resultater fra min studie erfarer at tilnæringsmåter i kommunikasjon som realitetsorientering, validering og reminisens er alle viktige i samhandling med pasienter med demenssykdom. Sykepleierne sier vi bruker alle tre elementer i en kommunikasjonsform. Hvordan vi ordlegger oss, fremtrer i situasjoner og hvordan vi fremstår med vårt kroppsspråk er av betydning i møte med pasienten. Videre fremheves det at helsepersonell må ha kjennskap til pasientens bakgrunnshistorie. I en studie av Abraha et al. (2017) viser funn at god kommunikasjon bidrar til personsentrerte tilnæringer slik som valideringsterapier, aksept av personers subjektive virkelighet, avledning og reminisenseteknikker, diskusjoner av tidligere erfaringer hvor intervensjonen brukte materialer som bilde, bøker, gamle aviser og kjente gjenstander i møte med personer med demenssykdom. I studien til Holst og Skår (2017) viser resultater at kommunikasjon med mennesker som lever med demens krever at formelle omsorgspersoner har kunnskap og gode kommunikasjonsevner. En kombinasjon av verbal og ikke-verbal kommunikasjons tilnærming som for eksempel et blick kan påvirke pasienten i en omsorgssituasjon. Dette er i tråd med Wogn-Henriksen (2020, s. 102-106) sin beskrivelse av kommunikasjonsprinsipper i demensomsorgen.

Av resultater fra min undersøkelse opplever deltakerne at man må ha kunnskap om pasienten når man går inn i en situasjon, er man uerfaren og ikke har kjennskap til pasientens bakgrunnshistorie kan misoppfatninger fort skje. Wogn-Henriksen (2020, s. 88) påpeker at dårlig kommunikasjon øker risikoen for misforståelser, utrygghet, angst og mistenksomhet. Det skaper uklarhet med tanke på innhold eller sosialt budskap. I stedet for å skape nærhet, klarhet og fortrolighet, blir samhandling i møte med pasienten utrygt, skaper uro og forvirring. Deltakere fra min studie erfarer at realitetsorientering er den kommunikasjonsformen som fungerer best. Ærlighet varer lengst, hvor det viser seg at pasienten i flere situasjoner roer seg til tross for at virkelighetsforståelsen ikke stemmer overens med det man står og forklarer dem. Deltakere forteller at pasienten faller mer til ro. Funn fra min studie viser at en «hvit løgn» oppleves som vanskelig å ta i bruk og oppfattes som ubehagelig. En av sykepleierne i min undersøkelse mener at en «hvit løgn» kan fungere dersom det kan lede pasienten i en positiv retning.

Av resultater fra min studie oppfattes kommunikasjonsformer som realitetsorientering og avledningsteknikker som de mest egnede. Wogn-Henriksen (2020, s. 106) påpeker at man skal kommunisere på en entydig, troverdig og sensitiv måte i møte med pasienter med demensdiagnose.

6.4 Behov for kunnskap for å håndtere utfordrende atferd

6.4.1 Deling av kunnskap

Resultater fra min studie viser at deltakerne savner kursing og faglig påfyll innenfor demensomsorgen. Sykepleierne opplyser om utfordrende situasjoner på arbeidsplassen, hvor helsepersonell mangler både kunnskap og ulike arbeidsmåter i møte med komplekse utfordringer.

I min undersøkelse har noen sykepleiere erfaring innen ledelse, hvor de bidrar med kompetanseheving og kursing innad i sykehjemmet. Det etterstrebes med å finne interessante kurs som står til de utfordringene en møter i hverdagen. Deltakerne erfarer at interundervisning og kursing får frem gode dialoger mellom de ansatte, samtidig som de deler sine erfaringer. Andre mener at kursing om ulike teknikker og håndtering av utfordrende atferd gir trygghet og økt mestring i personalgruppa. Flere studier påpeker at det er mangel på opplæring og kunnskap i møte med personer med demenssykdom (Holst & Skår, 2017; Ozcan & Akyar, 2021; Rognstad & Nåden, 2011). Funn fra disse studiene viser at personalet har

behov for kompetanseheving i arbeid som relateres til utfordrende atferd, i tillegg til faglig oppdateringer og kursing. Omsorgspersoner mangler innsikt i sykdommens progresjon og emosjonelle endringer hos personer med demenssykdom. Det er behov for støttende tiltak på hvordan en møter vanskelig atferd og hvordan man håndterer slike situasjoner. Holst og Skår (2017) sin litteraturgjennomgang viser at manglende kompetanse kan trigge atferden til beboere med demenssykdom. Mangel på kunnskap viser seg å være en belastning for formelle omsorgspersoner, som kommer til syne gjennom deres holdninger. Dette gjenspeiler seg i pasientens atferd.

Deltakerne i min studie har erfart at å jobbe kombinert på avdelinger for psykisk syke og avdeling for personer med demens har gitt mer erfaring og kunnskap. Det bekreftes av deltakere at å samarbeide med psykiatriske avdelinger har vært nyttig og lærerikt når atferden har blitt vanskelig. I Engedal og Tveito (2019, s. 55-56) står det at spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Videre står det at det også er en gjensidig avtale. Av egen erfaring fra praksisfelt drar man nytte av gode råd og veiledning fra alderspsykiatriske avdelinger.

6.4.2 Refleksjon og kartlegging

I min studie kommer det frem at sykepleiere har behov for å møtes i refleksjonsgrupper, hvor det konstrueres eller diskuteres etiske problemstillinger. Videre viser studien at flere av deltakerne har erfaring med bruk av TID-modellen. På TID-møter er refleksjonsgrupper og kartlegging rundt pasienter med utfordrende atferd en del av å jobbe personsentrert og får frem de ansattes følelser i møte med pasienten. Modellen hjelper personalet til en mer fast og organisert hverdag, hvor de får hjelp til å håndtere og mestre vanskelige situasjoner. Samtidig er den et verktøy som gir helsepersonell i en sykehjemsavdeling en god arbeidsmetode i utfordrende situasjoner. Det finnes flere vitenskapelige artikler og modeller som viser god effekt og gjennomføring av TID. I forskningen til Lichtwarck et al. (2018) fremkommer det av funn at personalet er mer bevisst på sine egne handlinger, samtidig som det setter i gang en tankeprosess hos pleierne. Time-modellen fungerer, fordi tilnærminger er strukturerte og satt i system. Gode tilnæringsmåter har gjort at personalet mestrer nevropsykiatriske symptomer hos personer med demens. Et viktig funn fra deres studie var å jobbe systematisk med beboernes personlige historie. Dette var avgjørende både for å forstå beboernes symptomer og for å kunne skreddersy behandlinger etter pasienters behov. Fra studien til Lichtwarck et al. (2019) viser funn at time-modellen ga umiddelbart resultat av personalets innsats for

beboerne. Beboere som ble inkludert i studien, fikk en bedre hverdag. Personalet ga uttrykk for at de la mer vekt på det som var viktig for beboerne, samtidig som personalet endret sine egne holdninger. Et viktig funn i studien var at alle i personalgruppa var inkludert, dette for å utvikle egen kompetanse.

Ifølge Lichtwarck, Væringstad og Hoel (2019, s. 7) inneholder TID-modellen en utredningsfase, refleksjons og evalueringsfase. Utredningsfasen omfatter blant annet kartlegging av symptomer og registrering av atferd, ved bruk av døgnobservasjonsskjema. I refleksjonsfasen møtes personalet til samtale og refleksjoner hvor elementære punkter som fakta, tolkninger, følelser hos personalet, tiltak og evaluering tas opp. Dette samsvarer med Støback (2015) sin fagartikkel. Artikkelen beskriver kompetanseprogrammet som et viktig verktøy for å gi personalet på en sykehjemsavdeling handlingsredskaper i utfordrende situasjoner. Programmet la vekt på refleksjoner gjort av personalet i vanskelige situasjoner. De viktigste punktene i handlingsberedskapet er forståelse, kartlegging, refleksjon og praktisk tilnærming. Dette er også i samsvar med Simonsen og Helgesen (2020) som skriver at dersom pleiere får mulighet til å sette ord på egne reaksjoner og følelser i møte med utfordrende atferd, kan dette bidra til en mer bevisst rolle hos omsorgspersoner i en samhandlingssituasjon.

7 Avslutning

7.1 Oppsummering av funn

Når jeg skal oppsummere mine funn er det fire ulike hovedkategorier som kan vise hvordan sykepleierne oppfatter det å jobbe med personer med demens og utfordrende atferd. Denne undersøkelsen viser at det er givende å jobbe i demensomsorgen, men også krevende og utfordrende å stå i vanskelige situasjoner når pasienten viser ulike typer atferd. Det stilles krav til helsepersonell i dag i forhold til hvordan man går i møte med personer med demenssykdom og de utfordringene som ligger der. Resultater viser at man er nødt til å ha gode rammer og forståelse for demenssykdom og rundt pasientens behov. Studien har også vist en beskrivelse av deltakernes refleksjoner rundt utfordrende atferd. Sykepleierne gir uttrykk for at det er vanskelig å forstå og håndtere ulike atferdsproblematikker. Det kommer videre frem av studien at å jobbe i lag som et team og være personsentrert, er de beste forutsetningene for at personer med demens skal få en verdig alderdom.

Tillitsskapende arbeid er viktig i demensomsorgen. Resultater fra min studie viser at ulike tilnæringsmåter kan forhindre utfordrende atferd. Hovedfokuset og deltakernes grunntenkning er å jobbe miljøterapeutisk. Et viktig funn fra denne undersøkelsen viser at det ikke er nok med bare kunnskap fra teorier og ulike modeller, men faktisk hvordan vi er «*i møte med*» pasienten selv. Bakgrunnshistorie, våre holdninger og verdier er vel så viktig.

7.2 Studiens implikasjoner

Økende forekomst av demenssykdom gir behov for økt kunnskap og forståelse i møtet med denne pasientgruppen. Denne studien kan være med på å tilføye kunnskap om hvordan sykepleierne forstår utfordrende atferd og helsepersonells tilnærming til situasjoner hvor utfordrende atferd oppstår. Det er et behov for økt bevissthet omkring bakenforliggende årsaker for utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom. Denne studien viser at det er behov for videre forskning med søkelys på en personsentrert tilnærming i møte med personer med demenssykdom og utfordrende atferd.

Referanseliste

- Abraha, I., Rimland, J. M., Trotta, F. M., Dell, Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., Gudmundsson, A., Soiza, R., Mahony, D., Guaita, A. & Cherubini, A. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ Open*, 7(3). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012759>
- Aldring og helse Nasjonalt senter. (u.å.). *Demenskartet: Hvor mange i Norge har demens?* https://demenskartet.no/?doing_wp_cron=1646146866.9296159744262695312500#
- Backhouse, T., Killeit, A., Penhale, B. & Gray, R. (2016). The use of non-pharmacological interventions for dementia behaviours in care homes: findings from four in-depth, ethnographic case studies. *Age and Ageing*, 45(6), 856-863. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw136>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg: Veien til bedre tjenester*. Forlaget Aldring og helse, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.
- Cohen-Mansfield, J. (2013). Nonpharmacologic Treatment of Behavioral Disorders in Dementia. *Current Treatment Options in Neurology*, 15(6), 765-785. <https://doi.org/10.1007/s11940-013-0257-2>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*.
- Engedal, K. & Tveito, M. (2019). *Alderspsykiatri*. Forlaget aldring og helse akademisk.
- Forskrift for sykehjem m.v. (1988). *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie* (FOR-1988-11-14-932). Lovdata.
- Gjøra, L. & Michelet, M. (2018). Kommunal omsorgskjede: Organisering og innhold. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens: Sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 278-299). Forlaget aldring og helse akademisk.
- Grendstad, N.M. (1978). *Hva styrer min adferd: Litt hverdagspsykologi*. Didakta norsk forlag.
- Helmers, A.-K. B. (2018, 11. april). *Peker ut seks typer uro hos demente, en av dem skyldes medisiner*. <https://sykepleien.no/2018/04/peker-ut-seks-typer-uro-hos-demente-en-av-dem-skyldes-medisiner?cid=sm3186480505&fbclid=IwAR3-EqVgqaLdIP6tusAmhpbotxpQ1rXn2XsEWSX11Hs7djgoFyFzHaz0Ntl>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (u.å.). *Demensplan 2020: Et mer demensvennlig samfunn*. https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2020, 3. januar). *Demens: Nasjonal faglig retningslinje*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
- 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). <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/opn.12158>
- Hveem, P. (2022, 9. mars). *Nytt strategisk samarbeid og musikk som helseressurs for eldre*. <https://www.aldringoghelse.no/nytt-strategisk-samarbeid-om-musikk-som-helseressurs/>
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Universitetsforlaget.
- Juritzen, T. I. & Heggen, K. (2006). Omsorgsmakt: Relasjonsnære sonderinger mellom makt og avmakt. *Sosiologi i dag*, 36(3), 61-80.
- Kerns, J. W., Winter, J. D., Winter, K. M., Kerns, C. C. & Etz, R. S. (2017). Caregiver Perspectives About Using Antipsychotics and Other Medications for Symptoms of Dementia. *The Gerontologist*, 58(2), e35-e45. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx042>
- Kirkevold, Ø. (2018). Å forstå nevropsykiatriske symptomer. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens: Sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 260-276). Forlaget aldring og helse akademisk.
- Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens: Personen kommer i første række*. Dafolo.
- Kjelberg, T. (2002). *Når atferd blir vanskelig: Utredning og tiltak ved vanskelig atferd hos aldersdemente*. Kommuneforlaget.
- Knapskog, A.-B., Engedal, K., Selbæk, G. & Øksengård, A.-R. (2021). Alzheimers sykdom: Diagnostikk og behandling. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0919>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* (FOR-2003-06-27-792). Lovdata.

- Leegaard, M. (2016). Sensorisk stimulering for personer med demens. *Sykepleien*.
<https://sykepleien.no/forskning/2016/07/sensorisk-stimulering-personer-med-demens>
- Lichtwarck, B., Myhre, J., Goyal, A. R., Rokstad, A. M. M., Selbaek, G., Kirkevold, Ø. & Bergh, S. (2018). Experiences of nursing home staff using the targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms (TIME) – a qualitative study. *Aging & Mental Health*, 23(8), 966-975.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1464116>
- Lichtwarck, B., Myhre, J., Selbaek, G., Kirkevold, Ø., Rokstad, A. M. M., Benth, J. Š. & Bergh, S. (2019). TIME to reduce agitation in persons with dementia in nursing homes. A process evaluation of a complex intervention. *BMC Health Services Research*, 19(1), 349. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4168-0>
- Lichtwarck, B., Væringstad, A. & Hoel, K.-A. (2019). *Tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens og andre psykiske tilstander* (3. utg.).
<https://tidmodell.no/>
- Livsglede for eldre. (u.å.). *Livsglede for eldre*. <https://livsgledeforeldre.no/>
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Fagbokforlaget.
- McCombie, C., Cort, E., Gould, R. L., Kiosses, D. N., Alexopoulos, G. S., Howard, R. & Lawrence, V. C. (2021). Adapting and Optimizing Problem Adaptation Therapy (PATH) for People with Mild-Moderate Dementia and Depression. *Am J Geriatr Psychiatry*, 29(2), 192-203. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.025>
- Millan-Calenti, J. C., Lorenzo-Lopez, L., Alonso-Bua, B., de Labra, C., Gonzalez-Abraldes, I. & Maseda, A. (2016). Optimal nonpharmacological management of agitation in Alzheimer's disease: Challenges and solutions. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 175-184. <https://doi.org/10.2147/CIA.S69484>
- Norsk senter for forskningsdata. (u.å.). *Fyll ut meldeskjema for personopplysninger*.
<https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/>
- Ozcan, M. & Akyar, İ. (2021). Caregivers' experiences of patients with moderate-stage Alzheimer's disease: A qualitative study. *Psychogeriatrics*, 21(5), 763-772.
<https://doi.org/10.1111/psyg.12736>
- Rognstad, M.-K. & Nåden, D. (2011). utfordringer og kompetanse i demensomsorgen: Pleieres perspektiv. *Nordisk sygeplejeforskning*, 1(2), 143-155.
<https://doi.org/doi:10.18261/ISSN1892-2686-2011-02-07>
- Rokstad, A. M. M. (2020). Miljøbehandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2. utg., s. 165-185). Cappelen Damm akademisk.

- Rokstad, A. M. M. (2020). Personsentrert omsorg. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2. utg., s. 51-62). Cappelen Damm akademisk.
- Sefcik, J. S., Madrigal, C., Heid, A. R., Molony, S. L., Van Haitisma, K., Best, I., Resnick, B., Galik, E., Boltz, M. & Kolanowski, A. (2020). Person-Centered Care Plans for Nursing Home Residents with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Journal of gerontological nursing*, 46(11), 17-27. <https://doi.org/10.3928/00989134-20201012-03>
- Selbæk, G. (2018). Nevropsykiatriske symptomer ved demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens: Sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 246-262). Forlaget aldring og helse akademisk.
- Simonsen, M. & Helgesen, A. K. (2020). Utfordrende atferd hos personer med demens i forsterket enhet på sykehjem-sykepleieres erfaringer. *Geriatrisk sykepleie*, 02, 22-29.
- 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(1), 72-81. <https://doi.org/doi:10.18261/ISSN2387-5984-2015-01-12>
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Universitetet i Oslo. (2017). *Nettskjema diktafon-app*. <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
- Verdighetsgarantiforskriften. (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)* (Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)). Lovdata.
- Wogn-Henriksen, K. (2020). Kommunikasjon. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2. utgave. utg., s. 86-113). Cappelen Damm akademisk.
- World Health Organization (WHO). (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*. <https://www.who.int/publications/i/item/9241544554>
- World Medical Association. (2018). *WMA Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Wyller, T. B. (2015). *Geriatrí: En medisinsk lærebok* (2. utg.). Gyldendal akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1 - FORESPØRSEL OM Å DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET

«Utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom på sykehjem»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se nærmere på «utfordrende atferd» hos pasienter med demenssykdom sett fra et sykepleieperspektiv i demensavdelinger på sykehjem. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formålet:

Målet med forskningsprosjektet er å skaffe til veie kunnskap om de utfordringene som ligger i sykehjem med tanke på utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom. Dette for å kunne bidra til kompetanseutvikling og skaffe til veie handlingsredskaper og få en dypere forståelse i møte med utfordrende atferd og ulike tilnæringsmåter.

Forskningsprosjektet er en mastergradsoppgave ved UiT, Norges Arktiske Universitet. Institutt for helse og omsorg, aldring og geriatrisk helsearbeid.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Min veileder Gunn Mari Holdø, på det studiestedet jeg går på, er ansvarlig for prosjektet. Jeg masterstudent Susanne Andersen vil ha det daglige ansvaret for forskningsprosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Siden intervjumaterialet fra sykepleiere som arbeider innenfor feltet, på skjermede enheter for personer med demens er av betydning i forskningsprosjektet, forespørres du til deltakelse i dette. Inklusjonskriterier er sykepleiere med ulike erfaringer innen fagfeltet og de må kunne beherske Norsk. Det er en fordel om avdelingen har implementert ulike metoder og modeller som verktøy i arbeid og håndtering av utfordrende atferd hos personer med demenssykdom.

Hva innebærer det for deg å delta?

For å samle inn data til analyse, går forskningsprosjektet ut på å intervju sykepleiere som arbeider på skjermede avdelinger. Intervjuene vil vare i omtrent 60 minutter, kan være at diskusjon varer lenger hvis det blir flere spørsmål eller undringer etter intervjuet. Samtalen vil bli tatt opp på lydfil og transkribert. Lydfilen vil bli kryptert og oppbevart i henhold til Tjeneste for Sensitive Data (TSD).

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet.

Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

De som vil ha tilgang til mine data i forskningsprosjektet er min veileder ved institusjon (UIT). Personopplysninger vil bli anonymisert. Opptak blir kryptert til TSD.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, og skal etter planen senest være ferdig desember 2022. Personopplysninger og opptak vil da bli permanent slettet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiT Norges arktiske universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

UiT Norges arktiske universitet ved Gunn-Mari Holdø, Universitetslektor ved UiT, institutt for helse og Omsorg, aldring og geriatrisk helsearbeid. Tlf: 76966169. Besøksadresse: Lodve Langesgata.2, 8505 Narvik. Emailadr: gunn-mari.holdo@uit.no. Personvernombud ved UiT Norges arktiske universitet er: Joakim Bakkevold, kontaktinformasjon:

personvernombudet@uit.no, 77646322 og 97691578

Joakim.bakkevold@uit.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Master student *Susanne Andersen*

(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom i sykehjem*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i *intervju*

å delta i *opptak av intervjusamtaler*

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2 - Rekrutteringsbrev

Til Omsorgssjefen i ... kommune

Forespørsel om tillatelse til å rekruttere informanter til mastergradsprosjekt om sykepleiernes forståelse av utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom i sykehjem.

Mitt navn er Susanne Andersen og jeg studerer master i helsefag, institutt for helse og omsorg, aldring og geriatrisk helsearbeid, ved UiT Norges arktiske universitet. I den forbindelsen skal jeg skrive en avsluttende masteroppgave, der jeg ønsker å se nærmere på temaet «utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom i sykehjem».

Målet med forskningsprosjektet er å få ta del i sykepleiernes erfaringer fra å møte utfordrende atferd hos pasienter med en demenssykdom. Dette for å kunne bidra til å øke kunnskapen rundt håndteringen av pasienter med demenssykdom og ulike atferdsproblematikker.

Det vil derfor være fint om aktuelle avdelingssykepleiere kan bli informert og være behjelpelig med å rekruttere informanter.

Til dette prosjektet ønsker jeg å intervju 6 sykepleiere som arbeider på sykehjem i ulike kommuner.

Inklusjonskriterier: Sykepleiere som har minst et års erfaring fra å jobbe på sykehjem og som har erfaring fra å møte pasienter med demenssykdom.

Deltakelsen er frivillig, og det gis både skriftlig og muntlig informasjon om forskningsprosjektet til hver deltaker. Deltakerne blir bedt om å skrive under på en samtykkeerklæring for å bekrefte sin frivillige deltakelse. Videre har deltaker full rett til å trekke seg fra forskningsprosjektet uten at det får negative konsekvenser. Alle etiske retningslinjer innen forskning følges. Verken kommune eller sykehjem vil være gjenkjennelig i oppgaven. Opplysninger om arbeidssted som kan bli gjenkjent i oppgaven vil bli anonymisert.

Derfor ber jeg om tillatelse til å gjøre intervju av sykepleiere i sykehjem i din kommune.

Beste hilsen

Mastestudent Susanne Andersen

Telefon: 92078688 Email: Susin31@hotmail.com

Universitetslektor Gunn-Mari Holdø

Telefon: 76966169

Epost: gunn-mari.holdo@uit.no

Vedlegg 3 - INTERVJUGUIDE TIL SYKEPLEIERE

Presentasjon av meg selv og oppgaven og dens problemstilling:

«Hvordan forstår sykepleiere utfordrende atferd i møte med personer med demenssykdom og hvilke tiltak iverksettes i slike situasjoner?»

Videre vil jeg informere hva som er hensikten med studien, som er å undersøke sykepleierne sin forståelse av utfordrende atferd i sykehjem, samt håndtering av ulike tilnæringsmåter i møte med utfordrende atferd. Gjennom å snakke med deg som sykepleier som opplever denne praksisen, dine tanker og arbeidshverdag vil hjelpe meg å øke min kunnskap.

Samtalen vil bli tatt opp på lydfil og transkribert. Lydfilene vil bli kryptert og oppbevart i henhold til Tjenester for Sensitive Data (TSD). Slik at personopplysninger blir anonymisert etter etiske retningslinjer.

Jeg ønsker å starte intervjuet noe mer uformelt, som kan minne om en erfaringsutveksling.

Generelt om sykepleiernes arbeidsdag

- Kan du fortelle litt om hvordan din arbeidsdag er?
 - o Er dere faste ansatte på avdelingen eller rullerer dere mellom avdelingene?
 - o Hva er fordelen og hva er ulempen med en slik måte å organisere arbeidsdagen på?
 - o Hvor mange ansatte er dere på vakt, og hvor mange pasienter har dere?

Samarbeid med andre helsepersonell:

- Hvordan er samarbeidet på avdelingen rundt pasienter som har utfordrende atferd?
 - o Er dere samkjørte? Er det mye diskusjoner rundt tema?
 - o Hvordan legges det til rette for et slikt samarbeid?
- Har dere et tverrfaglig samarbeid med noen?
 - o Fortell om dine erfaringer fra å samarbeide med andre helsefaggrupper?
 - o Har du/dere erfaring med å jobbe i team?
- Hvordan legger lederen til rette for samarbeidet/ organisering rundt pasienter med demens med utfordrende arbeid på sykehjemmet?

Sykepleiernes opplevelse av å jobbe med utfordrende atferd hos personer med demenssykdom:

- Det er mye fokus rundt demenssykdom og utfordrende atferd. Hva forstår du med utfordrende atferd?
- Bruker dere ulike arbeidsmetoder/ modeller i møte med utfordrende atferd?
 - o Eventuelt hvilke?
 - o Eventuelt hvilken opplæring/kurs har dere fått?
- Hvordan implementeres dette i det daglige arbeidet?

Eksempler på utfordrende atferd:

- Hvilke episoder har vært spesielt krevende hos pasienter med demenssykdom? Kan du/dere forklare nærmere?
 - o Har du noen eksempler?
- Opplever dere «utfordrende atferd» i hverdagen?
 - o Hvilke opplevelser og erfaringer har dere rundt dette?
- Hvordan tilnærmer du deg pasienter med en spesiell utfordrende atferd?
 - o Hvilke utfordringer gir i så fall dette dere og hvordan håndteres dette?
 - o Har du eksempel på når det gikk bra og når gikk det ikke så bra?

Dokumentasjon av utfordrende atferd:

- Hvordan blir utfordrende atferd dokumentert i pleieplanen? Under hvilke punkter?
- Har du eksempel på tiltak som har vist seg å redusere utfordrende adferd hos pasienter med en demenssykdom?
 - o Kartlegging

Til slutt:

- Er det noe du vil tilføye til slutt som vi ikke har snakket om?

Takk for at du ville stille opp som informant til mitt mastergrads prosjekt.

Kan jeg kontakte deg dersom jeg har behov for å avklare noe?

Vedlegg 4 - Vurdering (1)

15.07.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så lenge den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 15.07.2021. Behandlingen kan starte.

HELSEPERSONELL SIN TAUSHETSPLIKT Helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksomme på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, sted, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene.

Forsker og informant har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Det kan derfor være hensiktsmessig om forskeren avklarer dette med informanten i forkant av intervjuet.

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 typer endringer det er nødvendig å melde:
https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.12.2022.

LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er 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 NSD vurderer 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), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer 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.

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.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

b86944388

