

# **Sykepleieres møte med personer med demens med utfordrende atferd i forsterket skjermet enhet på sykehjem**

*En kvalitativ studie*

**Marianne Simonsen**

*Masteroppgave i helsefag, studieretning aldring og eldreomsorg. Mai 2019*

Antall ord: 20 252

*«Vi har ingen fornemmelse av at tiden går, så vi lever i nuet, uten fortid eller fremtid.  
Alle kreftene våre går med til det som er her og nå, ikke da eller siden.  
Noen ganger gjør dette oss engstelige, fordi vi er urolige for fortiden eller fremtiden ettersom  
vi ikke kjenner at den eksisterer. Men det at vi lever i nuet, med en åndelig dybde og  
sammenflokede følelser snarere enn kognisjon, betyr at du kan kommunisere med oss på et  
dypere plan gjennom berøring, øyekontakt og smil».*

(Bryden, 2005, s. 99).

## **Forord**

Det å ferdigstille mastergradsoppgaven vekker ulike følelser i meg. Det er godt å si seg ferdig med et spennende og utfordrende arbeid, men det betyr samtidig at en lærerik og interessant studietid er over.

Jeg ønsker først å takke deltakerne for alt dere har delt med meg fra deres hverdag som sykepleiere. Med deres åpenhet og engasjement har dere bidratt til mange tanker som har vært viktig i arbeidet med å skrive denne oppgaven. Takk også til avdelingslederne som ga meg tillatelse til å gjennomføre intervjuene.

En særskilt takk går til min veileder Ann-Karin Helgesen for det gode samarbeidet og for at du har vært engasjert, tydelig og støttende underveis i prosessen.

Jeg vil også takke min arbeidsgiver, Hammerfest Kommune, som har gitt meg viktig støtte, fleksibilitet og rom for å kunne arbeide med oppgaven. Takk til min leder Stina og kollegaer for at dere har vist forståelse og gitt meg oppmuntring i arbeidet.

Takk til mine medstudenter for deling av erfaringer og gode refleksjoner. Takk til Anne-Margrethe og Toril Agnete for alle støtte, kunnskapsdeling og inspirasjon gjennom studietiden.

Videre vil jeg takke min kjære Christer som har vist tålmodighet i en prosess som til tider har vært veldig krevende, og takk til min sønn Oscar som har gitt meg energi i hverdagen.

Helt tilslutt ønsker jeg å rette en takk til min svigersøster Malene for dine data- og engelskkunnskaper, takk til øvrig familie, gode venner, samt alle andre som har vært med å bidra på deres måte.

**Marianne Simonsen**

## Sammendrag

**Bakgrunn og hensikt:** Utfordrende atferd er et område innenfor demensomsorgen der helsepersonell kan mangle kunnskap om hvordan de skal gå fram for å ivareta pasienter med en atferd som kan være vanskelig å forholde seg til. Hensikten med studien er å få kunnskap om hvordan sykepleiere møter personer med demens med utfordrende atferd i forsterket skjermet enhet på sykehjem.

**Problemstilling:** Hvordan møter sykepleiere personer med demens med utfordrende atferd i forsterket skjermet enhet på sykehjem?

**Metode:** Studien er kvalitativ, og data er samlet inn ved hjelp av fire semi-strukturerte forskningsintervju. Dataene er analysert ved å bruke systematisk tekstkondensering, utviklet av Malterud (2011). Studien er godkjent av Norsk Senter for forskningsdata (NSD).

**Resultat:** Resultatene viste at sykepleierne vektlegger at kjennskap til pasienten, kunnskap om demens og forståelse for hvorfor atferden kan bli utfordrende er grunnleggende elementer for å kunne tilpasse tilnæringsmåten slik at de møter hver enkelt pasient på best mulig måte. Videre viste det seg at kunnskapene gjorde slik at sykepleierne kjente seg mer forberedt på hva de kunne oppleve i møte med pasientene. Ved å være forberedt kunne sykepleierne gjøre endringer underveis i tilnæringsmåten dersom de merket at en agitasjon begynte å bygge seg opp eller at en allerede oppstått utfordrende atferd eskalerte. Sykepleierne opplever at å møte situasjoner med utfordrende atferd daglig kan være krevende. De bruker refleksjon sammen med kollegaer i hverdagen for å støtte hverandre til å takle utfordrende situasjoner bedre. Samtidig brukes også refleksjon til kunnskaps- og erfaringsutveksling som kan være med på å gjøre slik at pasientens behov imøtekommes på best mulig måte.

**Konklusjon:** Studien viste at sykepleierne møter personer med demens med utfordrende atferd ved at de tilpasser tilnæringsmåten på bakgrunn av kjennskap til pasienten, kunnskaper om demens og forståelse for hvorfor atferden kan bli utfordrende. For å imøtekomme pasientens behov på best mulig måte tar de i bruk refleksjon for å skape ny forståelse i situasjoner som kan være utfordrende å forholde seg til.

**Nøkkelord:** sykepleier, utfordrende atferd, demens, forsterket skjermet enhet, sykehjem, personsentrert omsorg, atferd som kommunikasjon, tilnæringsmåter, refleksjon.

## **Abstract**

**Background an purpose:** Challenging behavior in dementia care can often be seen as a field where the caregivers lack knowledge on how to comprehend the behavior with the patients. The aim of this study is to gain knowledge on how nurses meet dementia patients with challenging behavior in special care units at nursing homes.

**Research question:** How do nurses meet people with dementia with challenging behavior in special care units in nursing homes?

**Method:** Qualitative research interviews were conducted with four nurses in two special care units in nursing homes in Norway. The data is analyzed using systematic textcondention, developed by Malterud (2011). The study has been approved by the Norwegian Center for Research Data (NSD).

**Result:** Findings in the results suggests that the nurses had three basic elements that they emphasized to handle every single patient in the best way possible. The three elements were knowledge of the patient, knowledge of dementia and understanding of how the behavior could be challenging. Thus, the knowledge contributed to how well prepared the nurses felt when meeting the patients. By being prepared the nurses could make changes in how they approached the patients if they felt that agitation started to enroll or if an already established situation escalated. The nurses experienced the daily challenging behavior as demanding. There is a support system in place within the workplace and the nurses use their colleagues to reflect and learn from situations and how to deal with the situations better. The reflection can also contribute to knowledge - and experience-based exchange that can increase the overall approach to the patients.

**Conclution:** The study indicated that nurses approach patients with challenging behavior based on the knowledge of the patient, dementia and how the behavior can be challenging. In order to approach the needs of the patients in the best way possible the nurses reflect on their work to create a better understanding of how situations can be challenging to deal with.

**Keywords:** nurse, challenging behavior, dementia, special care unit, nursing home, person-centered care, approaches, reflection, behavior as a communication method.

## Innhold

1. Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Kontekst og begrepsavklaring .....	2
1.3 Oppgavens oppbygning .....	4
1.4 Tidligere forskning .....	5
2. Teoretisk utgangspunkt .....	8
2.1 Demens .....	8
2.2 Utdfordrende atferd relateres til APSD syndromet .....	8
2.3 Utdfordrende atferd som kommunikasjon .....	10
2.4 Personsentrert omsorg .....	13
2.5 Kitwoods utvidede demensmodell.....	14
2.6 Grunnleggende psykologiske behov .....	16
2.7 Ondartet sosial psykologi .....	18
2.8 Omsorgsmiljø .....	19
2.9 Veien til økt forståelse .....	21
3. Metodekapittel.....	23
3.1 Valg av forskningsmetode .....	23
3.2 Forskerens rolle .....	23
3.3 Utvalg og rekruttering av informanter .....	24
3.4 Intervjuguide.....	25
3.5 Gjennomføring av intervjuene .....	26
3.6 Transkripsjon .....	27
3.7 Analyse .....	27
3.8 Validitet og reliabilitet.....	32
3.9 Forskningsetikk .....	32
3.10 Metodiske betraktninger .....	33
4. Resultatkapittel.....	35
4.1 Å bli kjent med pasienten .....	35
4.1.1 Historien om pasienten .....	35
4.1.2 Atferd som kommunikasjon .....	36
4.1.3 Kartlegging av utfordrende atferd .....	37
4.2 Tilnærmingen må tilpasses hver enkelt .....	38
4.2.1 Den grunnleggende tilnærmingen.....	38

4.2.2	Å være forberedt .....	40
4.3	Personalets opplevelser av utfordrende atferd .....	42
4.3.1	Atferd som oppleves som utfordrende .....	42
4.3.2	Reaksjoner hos personalet .....	42
4.3.3	Refleksjon hjelper på utfordringer i hverdagen .....	43
5	Diskusjon .....	45
5.1	Å bli kjent med pasienten .....	45
5.1.2	Atferd som kommunikasjon .....	47
5.1.3	Kartlegging av utfordrende atferd .....	49
5.2	Tilnærmingen må tilpasses hver enkelt .....	50
5.2.1	Den grunnleggende tilnærmingen .....	50
5.2.2	Å være forberedt .....	52
5.3	Personalets opplevelse av utfordrende atferd .....	53
5.3.1	Atferd som oppleves som utfordrende og reaksjoner hos personalet .....	53
5.3.3	Refleksjon hjelper på utfordringer i hverdagen .....	55

## Litteraturliste

Vedlegg 1 – Informasjonsskriv

Vedlegg 2 – Samtykkeskjema

Vedlegg 3 – Godkjenning fra NSD

Vedlegg 4 - Intervjuguide

## Modelloversikt:

Model 1:	Mulige årsaker og tolkninger av APSD .....	10
Model 2:	Grunnleggende psykologiske behov .....	16
Model 3:	Skjematisk fremstilling .....	31

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hva gjør helsepersonellet når Kari vandrer hvileløst rundt, roper og fortvilt leter etter sine små barn? Eller når Per nekter å stille seg og slår etter personalet? Utfordrende atferd er et område innenfor demensomsorgen der helsepersonell kan mangle handlingsberedskap, det vil si kunnskaper om gode arbeidsmåter for å ivareta personer med demens som har en atferd som kan være vanskelig å forholde seg til (Støback, 2014). Kunnskap og forståelse for hvordan en møter og behandler personer som er rammet av demenssykdom er viktig i omsorgen som gis til dem (Jakobsen, 2007).

Fra tidligere har forsker åtte års erfaring som sykepleier i demensomsorgen. Det har vært med på å gi mange opplevelser av situasjoner som har vært utfordrende og vanskelig å håndtere. Det var først etter at videreutdanningen i aldring og eldreomsorg ble påbegynt, for noen år tilbake, at kunnskaper på området ble rikere. Det har engasjert til interessen for hvordan den faglige forståelsen og praktiske kunnskapen kan være med på å hjelpe helsepersonell med å utvikle kompetansen slik at de på best mulig måte kan mestre utfordringene sammen med pasienten. De to siste årene har forsker jobbet med fagutvikling innenfor demensomsorg. Det har gitt muligheten til å reise rundt til kommuner i fylket for å drive med undervisning i demensomsorg. Møte med helsepersonell i ulike kommuner har gitt et større perspektiv på hvilke utfordringer de ofte møter på i arbeidshverdagen. Temaet som mange tar opp er omsorg til personer med demens med utfordrende atferd.

Gjennom samtaler og refleksjoner med pleiere fra ulike kommuner er inntrykket at en del av helsepersonellet kan mangle forståelse for hvorfor den utfordrende atferden oppstår, videre forteller mange av dem at de kommer opp i situasjoner som de ikke vet hvordan de skal håndtere, og at det fører til at de ofte må ta i bruk beroligende medikamenter. Dette har ført til en nysgjerrighet på hvilke kunnskaper om demenssykdommer de besitter, hvordan de forstår den utfordrende atferden og årsaker til at den kan oppstå, samt hvordan de går fram for å finne bakenforliggende årsaker til atferden. Det er mange spørsmål som har dukket opp underveis for forskeren, og i denne studien relateres hvordan sykepleiere møter personer med demens med utfordrende atferd til alle disse spørsmålene.

Hensikten med denne studien er å få mer kunnskap om hvordan sykepleiere møter personer med demens med utfordrende atferd.



## 1.2 Kontekst og begrepsavklaring

Studiens undersøkelse er gjort på forsterket skjermet enheter ved to sykehjem i Norge.

Ifølge nasjonal faglig retningslinje om demens (2017) er det noe dokumentasjon på at små, tilrettelagte enheter med hjemlig miljø med få beboere og en mindre gruppe fast personell har gunstig effekt på personer med demens. Det foreligger ingen klar internasjonal konsensus på hva «små enheter» skal inneholde av tilbud og kompetanse. Hvordan bemanningen skal være må tilpasses etter beboernes behov (Helsedirektoratet, 2017).

Atferdsforstyrrelser hos personer med demens er ofte antatt å være noe av det mest utfordrende for pleiepersonell. Skjermede enheter har vært brukt i flere tiår der målet er å gi gode boforhold for personer med demens, spesielt for de med utagerende atferd. Nasjonal faglig retningslinje for demens (2017) hevder at selv om det mangler en klar definisjon på hva «små enheter» er inkluderer det personale som har spesiell kompetanse på området samt at det er tilrettelagte fysiske omgivelser (Helsedirektoratet, 2017).

Fra egen klinisk erfaring betegnes forsterket skjermet enhet som små enheter for personer med demens som har sterkt utpreget utfordrende atferd. Det er behov for høy kompetanse på fagområdet og bemanningen må være tilpasset pasientens behov. Forsker har ikke lyktes med å finne en klar konsensusdefinisjon på begrepet forsterket skjermet enhet.

**Utfordrende atferd** - I denne studien brukes begrepet utfordrende atferd når all form for atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens omtales. Både begrepet agitasjon og utfordrende atferd brukes klinisk og i forskningssammenheng. Det kan være uheldig for det betyr at det snakkes om to ulike fenomener. Begge begrepene er en samlebetegnelse på en rekke ulike symptomer eller uttrykk for ubehag (Lichtwarck, 2018). Selv om begrepet utfordrende atferd brukes i denne studien henvises det likevel til noen modeller og definisjoner der begrepet agitasjon er brukt.

**Pasienter/personer med demens** - Personer med demens benevnes på ulike måter avhengig av hvor de mottar helse- og omsorgstjenester. Av erfaring kan en og samme person både kalles for beboer, pasient og bruker. Det er likevel viktig å kjenne til at pasient og brukerrettighetsloven definerer begrepene *bruker* og *pasient* forskjellig. En pasient er en som ber om eller mottar helsehjelp fra helse- og omsorgstjenesten, mens en bruker ber om eller mottar tjenester fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten som ikke er helsehjelp. Det er

ulike rettigheter til det og være pasient og det å være bruker (Pasientogbrukerrettighetsloven, 2001). I denne studien brukes både begrepet pasient og personer med demens.

**Pleiepersonell/pleiere/helsepersonell** - I denne studien brukes både pleiepersonell, pleiere og helsepersonell for å beskrive alt av helse- og omsorgspersonell som møter personer med demens i sin arbeidshverdag, det omfatter både ufaglærte, helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere, hjelpepleiere, vernepleiere og sykepleiere (Helsepersonelloven, 2000).

## **Presentasjon av problemstilling**

Med bakgrunn i temaet som er valgt og det som er ønskelig å finne svar på, er problemstillingen følgende:

*Hvordan møter sykepleiere personer med demens med utfordrende atferd i forsterket skjermet enhet på sykehjem?*

### **1.3 Oppgavens oppbygning**

Tidligere forskning presenteres i kapittel 1.4 for å gi leseren en oversikt over kunnskapsstatus med tanke på tema og problemstilling.

I kapittel 2 blir det teoretiske rammeverket for studien presentert. Kapittelet omhandler: demens, utfordrende atferd relateres til APSD syndromet, utfordrende atferd som kommunikasjon, personsentrert omsorg, Kitwoods utvidede demensmodell, grunnleggende psykologiske behov, ondartet sosial psykologi, omsorgsmiljø og veien til økt forståelse.

I kapittel 3 gis en kort beskrivelse av vitenskapelig perspektiv. Metodekapittelet inneholder fremgangsmåte for innsamling av data, og hvordan empirien er blitt gjenstand for analyse. Kapittelet inneholder også forskningsetiske refleksjoner, samt metodiske betraktninger.

Kapittel 4 presenterer studiens resultater. Resultater og diskusjon er presentert i hvert sitt kapittel med et ønske om å skape bedre oversikt.

I kapittel 5 diskuteres studiens resultater med utgangspunkt i oppgavens problemstilling, teoretiske ramme og tidligere forskning, samt annen litteratur som er relevant.

Et avsluttende kapittel 6 inneholder oppsummering og veien videre.

## 1.4 Tidligere forskning

Gjennom hele forskningsprosessen har det pågått søking etter forskningsartikler og annen litteratur. Det har i flere omganger vært foretatt søk på databaser som CINAHL, Swemed+ og PubMed. I høst startet søkene bredt, men etter hvert som arbeidet med studien var godt i gang ble søkeordene mer begrenset på grunnlag av relevansen for studiens tema og problemstilling. Det er brukt ulike kombinasjoner av søkeordene: nursing, dementia, person-centered care, nursing homes, behavioral symptoms of dementia og agitation. Oversatt til norsk blir søkeordene: sykepleie, demens, personsentrert omsorg, sykehjem, atferdsmessige symptomer ved demens og agitasjon. Det er valgt ut ni studier som kan belyse temaet på ulike måter.

I en kontrollert studie av Rokstad et al. (2013) fra norske sykehjem ble effekten av Dementia Care Mapping (DCM) og VIPS-rammeverket undersøkt. Den ene gruppen fikk opplæring i VIPS-rammeverket for personsentrert omsorg og den andre gruppen fikk opplæring i DCM. Til sammen var det 296 pasienter i intervensjonsgruppene og 150 pasienter i en kontrollgruppe. Etter ti måneder viste resultatene seg at det var en reduksjon i ulike atferdssymptomer i begge intervensjonsgruppene sammenliknet med kontrollgruppen. Pasientene i intervensjonsgruppen til VIPS-rammeverk viste også å ha reduksjon i depressive symptomer, i intervensjonsgruppen til DCM viste det seg en økning av pasientenes livskvalitet (Rokstad et al., 2013).

En annen modell som bygger på prinsipper fra både personsentrert omsorg og kognitiv atferdsterapi er TID – intervensjonsmodell. En studie har undersøkt effekten ved bruk av TID for pasienter med demens i 33 norske sykehjem i 2016. Studien viser tydelig bedring av agitasjon/aggresjon hos personer med demens sammenliknet med en kontrollgruppe. I tillegg fant de en bedring av livskvalitet, reduksjon av depressive symptomer, manglende hemninger og vrangforestillinger (Lichtwarck et al., 2018).

Spector et al. (2012) gjorde en litteraturgjennomgang for å vurdere effekten av opplæringstiltak overfor pleiepersonell som ivaretar personer med demens med atferdsmessige og psykologiske symptomer. I et systematisk litteratursøk ble 273 studier identifisert, 20 av disse ble funnet for å tilfredsstillende inkluderingkriteriene. I konklusjonen fant forfatterne at det er evidens for at en personsentrert tilnærming reduserer forekomsten av APSD, og at effekten vedvarer over tid (Spector, Orrell & Goyder, 2013).

I en studie gjort av McCormack et.al (2011) framhevet de komplekse og kontekstuelle problemer som utfordrer eksistensen av personsentrert omsorg i virksomheten. De fant at det

kan være utfordrende for omsorgskulturer å gå fra personsentrerte øyeblikk til personsentrerte kulturer. For å gjøre denne endringen krever det en vedvarende forpliktelse for å tilrettelegge tilnærmingen for personalgruppen, lederen må være engasjert hele veien i prosessene. Det må legges til rette for aktiv læring på alle nivåer i virksomheten. McCormack et.al (2011) påstår at dersom lederen kun forsterker betydningen av kortsiktige endringer, uten å inkludere personsentrerte overveielser, vil ikke personsentrerte omsorgskulturer bli oppnådd (McCormack, Dewing & McCance, 2011).

I en studie av Sellevold et al. (2013) beskrives pleiepersonellens erfaringer med og å gi god pleie til pasienter som lider av demenssykdom. Studien er basert på 12 kvalitative dybdeintervjuer av pleiepersonell fra to forskjellige sykehjem. Resultatene viser at for å gi god pleie til pasienter som har demens understreker pleiepersonalet viktigheten med å føle og forstå pasientens emosjonelle og kroppslige uttrykk gjennom at personalet gir oppmerksomhet og anerkjennelse av pasienten som person (Sellevold, Egede-Nissen, Jakobsen & Sørli, 2013).

En studie som setter fokus på pasientmedvirkning i dagliglivets aktiviteter for personer med demens på sykehjem er gjort av Helgesen et al. (2010). Datainnsamlingene ble utført ved åpne observasjoner, intervjuer og samtaler med beboere og pleiepersonell. Resultatene viste at pasientmedvirkning hadde «*En sak av tilstedeværelse*» som kjernekategori. To andre kategorier som ble beskrevet var «*tilstedeværelse av personell*» og «*tilstedeværelse av beboere*». I resultatet framkom det at effekten på personalets tilstedeværelse i kropp, sinn og moral hadde stor innvirkning på pasientmedvirkning. Tilstedeværelse av personell besto av tre nivåer: *å være der i kroppen*, som krevde fysisk tilstedeværelse, *å være der i tankene*, som krevde tilstedeværelse med alle sanser basert på kunnskap og kompetanse og *å være der i moral*, som ble forstått som fullstendig tilstede, da den var basert på humanistiske verdier og inkluderte de to andre nivåene. Graden av medvirkning måtte tilpasses beboernes evne og ønske til å medvirke i avgjørelser, i øyeblikket. Pårørende hadde en viktig rolle i pasientmedvirkningsprosessen ved å samarbeide og utveksle informasjon med personalet. Ved å skape en basis for individuell omsorg, kunne pårørende utgjøre en forskjell i beboerens dagligliv og bidra til beboerens velvære og verdighet I resultatene framkom det også at organisatoriske faktorer som lederskap, pleiekultur og bemanning og bofaktorer som arkitektur og å dele bolig med andre, påvirket i stor grad forekomsten av og muligheten for pasientmedvirkning (Helgesen, Larsson & Athlin, 2010).

Personer med demens sine livshistorier blir fremhevet som spesielt viktig i demensomsorgen på bakgrunn av at demenssykdommens progredierende utvikling etter hvert gjør det vanskelig for personer med demens å formidle sine ønsker og beslutninger i hverdagen (Grøndahl, Persenius, Bååth & Helgesen, 2017). En studie som setter fokus på bruken av livshistorie og dens innflytelse på personer med demens som bor i sykehjem, deres slektninger og personalet er gjort av Grøndahl et al. (2017). Studien er basert på en litteraturgjennomgang med litteratursøk i CINAHL, PubMed, PsycINFO og Cochrane bibliotek. Litteraturgjennomgangen viste at livshistoriene generelt hadde en positiv innflytelse på personer med demens, deres slektninger og personalet. Bruken av livshistorie kan bidra til vedlikehold av personen med demens som en hel person i stedet for en «dement pasient» (Grøndahl et al., 2017).

En studie gjort av Rognstad og Nåden (2011) setter fokuset på utfordringer og kompetanse i demensomsorgen. Hensikten med studien var å beskrive personalets opplevelse av arbeidssituasjonen i møte med pasienter med demens og utagerende atferd, og for å belyse personalets behov for kompetanseheving for at pasientens verdighet som menneske skulle kunne ivaretas. Tolv ansatte i et sykehjem i Norge ble intervjuet. I resultatene framkom det at det forelå redsel hos personalet for å bli utsatt for aggresjon fra pasientene. Når personalet i studien beskrev vanskelige situasjoner, etterlyste de mer kompetanse for å takle utfordringene. Tross aggresjon var personalet både motivert og så utfordringer i arbeidet med pasienter med demenssykdom og voldelig atferd. Pleierne så også at de bidro med nyttig arbeid. Konklusjonen til forfatterne var at økt kunnskap og kompetanse på området vil kunne bidra til økt etisk refleksjon og styrke personalets trygghet. Slik er det muligheter for å imøtekomme pasientenes behov som opprettholder deres verdighet (Rognstad & Nåden, 2011).

En studie som er sammenliknbar med temaet i denne studien er: «*God omsorg til urolige personer med demens*» (Thorvik, Helleberg & Hauge, 2014). Studien er gjort med et kvalitativ design med deltakende observasjon som datainnsamlingsmetode. Ansatte i to skjermede enheter deltok i studien. De har undersøkt god omsorg for urolige personer med demens. I studien fant de at de ansatte alltid var beredt ved at de var årvåkne og responderte raskt når det var nødvendig. De ansatte viste stor fleksibilitet ved at de både tålte pasientens opptreden og at rutinebrudd oppsto, de var også kreative i sin fagutøvelse. For at de skulle kunne utøve god fagutøvelse hadde de behov for å ha kunnskaper om sykdommen, symptomer og hver enkelt pasient. De kjente også til de andre i personalet sin kompetanse.

## **2. Teoretisk utgangspunkt**

### **2.1 Demens**

Demens er en fellesbetegnelse på en kronisk tilstand som kan skyldes ulike skader eller sykdommer i hjernen. Det kjennetegnes ved ervervet kognitiv svikt, svikt av emosjonell kontroll og sviktende funksjonsevne i forhold til dagliglivets funksjoner (Engedal & Haugen, 2016). De vanligste årsakene som fører til demens er Alzheimers sykdom, vaskulær demens og Lewy-legeme sykdom. Symptomene vil utvikle seg og forverres over tid, det kan starte med lett glemsomhet til at pasienten blir hjelpeløs (Engedal & Haugen, 2016).

Diagnosesystemet ICD – 10 (International Classification of Diseases) deler demens inn i tre ulike grader (Engedal & Haugen, 2016):

- Mild grad: Svekkelsen virker inn på evnen til å klare seg i dagliglivet.
- Moderat grad: Personene kan ikke klare seg uten hjelp fra andre.
- Alvorlig grad: Personen trenger kontinuerlig tilsyn og pleie.

I følge Demensplan 2020 er det over 77 000 personer med demens i Norge. Omtrent 60-65 % av disse bor i eget hjem, mens resten bor på sykehjem eller andre tilrettelagte boformer.

Forekomsten stiger med økende alder og i framtiden vil det vise seg at det blir en stor økning av personer som får demens (Engedal & Haugen, 2016).

Ved alvorlig demens vil de hjerneorganiske forandringene som hukommelse, språk, evnen til å planlegge og evnen til å oppfatte og tolke omgivelsene være svært redusert, pasienten har da ofte behov for langtidsplass på sykehjem. 80% av alle som bor i norske sykehjem har demens, det er den hyppigste årsaken til innleggelse i sykehjem. Det er de sykeste pasientene som får langtidsplass, og studien til Selbæk (2005) viser at utfordrende atferd øker i takt med sykdomsutviklingen (Engedal & Haugen, 2016).

### **2.2 Utfordrende atferd relateres til APSD syndromet**

Utfordrende atferd relateres i denne studien til atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD). Syndromet består av ikke-kognitive symptomer og inkluderer blant annet apati, agitasjon, aggresjon, angst, hallusinasjoner og vrangforestillinger. APSD er trolig de mest belastende symptomene ved demenssykdom, om lag 70% av beboerne i sykehjem har klinisk signifikant APSD. Syndromet har avgjørende betydning for pasientens livskvalitet og for belastningen på pårørende og omsorgspersonell (Geir Selbæk, 2005). Intervensjoner for å

lindre utfordrende atferd bør derfor også inneholde opponenter som støtter personalet og pårørende i sine reaksjoner og følelser (Lichtwarck, 2018).

Den utfordrende atferden kan utarte seg på ulike måter. Det kan være flere årsaker til atferden på en og samme gang hos samme person, dette gjør slik at det er vanskelig med bare et tiltak. I klinisk praksis er det viktig å beskrive atferden detaljert. Hva er det som observeres og hvilken type atferd er det. Særlig viktig er det for å kunne evaluere effekter av behandlingstiltak som settes inn for å forebygge eller behandle den utfordrende atferden. Forståelse av fenomenet er helt avgjørende for hvordan en handler i møte med en person som har utfordrende atferd (Lichtwarck, 2018).

Ifølge Lichtwarck (2018) foreligger det en konsensus definisjon fra International Psychogeriatric Association publisert 2015. Den sier at agitasjon sees ved kognitiv svikt eller med demenssyndromet der:

1. Atferd er forenlig med emosjonelt ubehag/belastning
2. Uttalt motorisk aktivitet, verbal eller fysisk aggresjon
3. Forårsaket uttalt funksjonssvikt og som ikke kun kan knyttes til andre tilstander (psykiatriske, medisinske eller medikament)

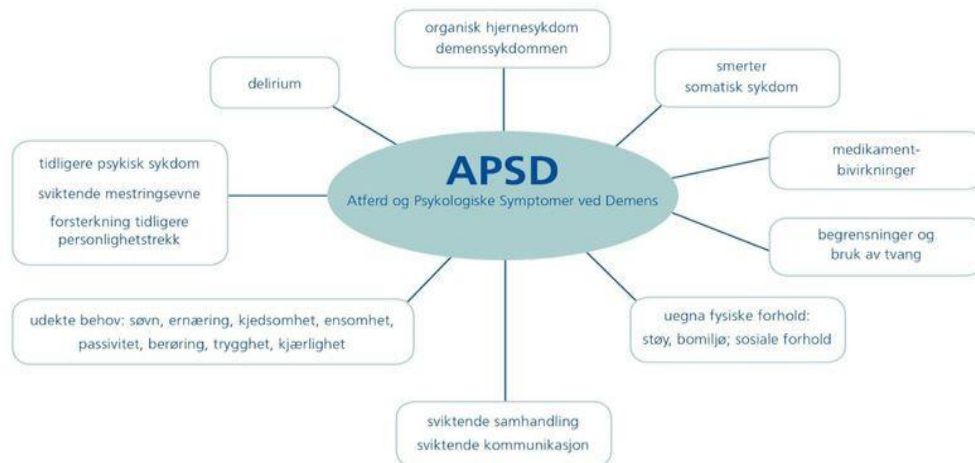
En annen beskrivelse av agitasjonsbegrepet er laget av Cohen- Mansfield (Lichtwarck, 2018). Hun skiller mellom aggressiv og ikke aggressiv agitasjon. Innenfor disse gruppene skiller hun mellom verbal og fysisk agitasjon. Verbal aggressiv agitasjon sees hos personer som skjeller ut personalet og medpasienter, banner og truer. Fysisk aggressiv agitasjon sees hos personer som slår, sparker og spytter. Verbal ikke-aggressiv agitasjon sees hos personer som roper, gjentar seg til stadighet og fysisk ikke-aggressiv agitasjon sees hos personer som ikke finner roen, reiser seg for så å sette seg igjen, vandrer eller rører/plukker på gjenstander (Lichtwarck, 2018).

Det er som regel flere årsaker til utfordrende atferd hos en og samme pasient på en gang. Dette kan forklare hvorfor de i flere studier ikke finner effekt dersom de bare tester ut et tiltak (Lichtwarck, 2018). I tillegg så kan den utfordrende atferden være kompleks. Årsakene kan påvirke hverandre og det kan også finnes ukjente faktorer som er vanskelig å finne ut av. Dette øker kompleksiteten enda mer (Lichtwarck, 2018).



En modell laget av Bjørn Lichtwarck (2015), inspirert av den bio-psykososiale modell til Spector A og Orell M, IntPsykiatri 2010, viser mulige årsaker og tolkninger av APSD ved demens:

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



Inspirert av den bio-psykososiale modell til Spector A og Orell M, IntPsykiatri 2010

TID - B. Lichtwarck et al. Manual 2015



Model 1: Mulige årsaker og tolkninger av APSD

Modellen viser ni faktorer av årsaker til utfordrende atferd. Kun en gruppe handler om selve demenssyndromet. De andre faktorene handler blant annet somatiske sykdommer, delirium, samhandling mellom pasient og pleier, og det fysiske miljøet. Dette viser at flere av faktorene er mulige å påvirke. Det kan være nødvendig å finne flere tiltak samtidig på bakgrunn av at atferden kan ha flere årsaker på en og samme gang (Lichtwarck, 2018).

### 2.3 Utfordrende atferd som kommunikasjon

*«Verden rundt oss går så mye raskere enn det vi gjør. Den farer forbi, og vi blir bedt om å gjøre ting, svare, spille spill eller delta i gruppeaktiviteter. Det går for fort. Det eneste vi ønsker å si er: «Gå vekk, ta det med ro, la meg være i fred, stikk!», og kanskje er vi vanskelige da og lite samarbeidsvillige. Utfordrende atferd? Jeg tror snarere at dette er «tilpasningsatferd», der jeg tilpasser med omsorgsmiljøet jeg er i».*

(Bryden 2005, s. 128)

Sitatet er hentet fra boken *Dancing with Dementia* (2005) av Christine Bryden. Hun fikk diagnosen demens da hun var 46 år gammel. Ti år senere har hun beskrevet sin reise med demens som en dans, der hun og ektemannen har tilpasset dansetrinnene underveis for å forme dansens mønster. Sitatet er tatt med for å illustrere en person med demens sitt perspektiv på det som ofte omtales som utfordrende atferd.

Etter hvert som demenssykdommen utvikler seg vil også de kognitive funksjonene svekkes mer og mer, det kan ofte føre til at opplevelsen av seg selv og omverden endres (Rokstad, 2014). Kitwood (1999) beskriver at et av hovedfokusene i personsentrert tilnærming til personer med demens er å møte utfordrende atferd som en måte for personen å kommunisere på. Begrepet kommunikasjon kommer fra latin og betyr «å gjøre felles». En god kommunikasjon skaper fortrolighet, beriker oss og gjør oss til bedre mennesker. Uten evnen til å kommunisere vil det være vanskelig å opprettholde en følelse av felleskap (Rokstad, 2014).

Første trinn i en personsentrert reaksjon er ifølge Brooker (2013) å prøve å forstå hva personen med demens forsøker å kommunisere ut via funksjonen til atferden. Særlig viktig er dette når personen viser stor fortvilelse. Ettersom den kognitive svikten forverres ved demenssykdommen blir det nonverbale språket enda viktigere enn før. Kroppsspråket bidrar til størstedelen av det mennesker uttrykker, og det er viktig å være det bevisst i møte med personer med demens (Tretteteig & Holthe, 2016). Det som ofte kan skje ved kommunikasjonsproblemer hos personer med demens er at utfordrende atferd kan oppstå (Brooker, 2013).

*«Ved frokostbordet er glasset plassert for langt unna til at personen legger merke til det. Vedkommende drikker ingenting og går tørst fra bordet. Et plagg er kanskje kledd på feil, slik at huden blir sår. Ved å sitte i en stol ved vinduet blir vedkommende ubehagelig varm på grunn av sollyset. Og det sterke sollyset gjør at personen ikke legger merke til at pleieren kommer med noe å drikke. Vedkommende blir tørstere og tørstere. Han eller hun blir mer og mer urolig og begynner å vandre rundt for å finne en måte å lette ubehaget på»*

(Brooker, 2013. s 58).

Ifølge Brooker (2013) kan det i travle omsorgsmiljøer oppstå slike hendelser dersom ikke personalet er oppmerksom på tiltak som kan forebygge det. Hendelsene ovenfor er ikke alvorlige i seg selv, men dersom det ikke settes inn tiltak vil det ende med at den samlede virkningen blir destruktiv og ulike typer utfordrende atferd kan oppstå (Brooker, 2013).

Eksempler på utfordrende atferd kan være: fysisk eller verbal aggresjon, selvskading, roping, repeterende spørsmål og handlinger, fluktatferd, paranoid atferd, beskyldende atferd og seksuell uakseptabel atferd. Å oppleve dette er utfordrende for personen selv og får de som gir omsorg til vedkommende (Brooker, 2013). Dersom atferden kan vurderes som en måte å uttrykke seg på, vil det åpne opp for en bedre forståelse for pasienten. Slik kan en i utgangspunktet uforståelig atferd få mening (Wogn-Henriksen, 1997). Ifølge Brooker (2013) vil en personsentrert reaksjon forbundet med utfordringer knyttet til slik atferd være: Hvordan kan vi finne de bakenforliggende årsakene til atferden og forsøke å hjelpe personen til å oppleve velvære og trivsel igjen? Ved å sette seg inn i personen med demens sitt perspektiv kan det søkes forståelse for hva bakgrunnen kan være og ut i fra det kan det utarbeides en plan som er personsentrert (Brooker, 2013).

Årsakene til utfordrende atferd kan ofte forstås ved å bruke Kitwood sin utvidede demensmodell (Kitwood, 1999), modellen beskrives i underkapittel 2.5. Ved å bruke modellen kan det eksempelvis spørres: Er det på bakgrunn av den kognitive svikten som gjør at vedkommende misforstår? Er det noe fra personens tidligere liv som trigges av nåværende situasjon? Er det et misforhold mellom personens behov og det omsorgsmiljøet tilbys? Har personen somatiske ubehandlede plager? Blir personvernbehovet dekket av den sosiale omsorgen vedkommende får? (Brooker, 2013). Ifølge Brooker vil episoder med utfordrende atferd reduseres dersom personalet tar initiativ til og alltid forsøker å forstå hvordan en situasjon kan oppleves av personen med demens. Den utfordrende atferden kan vende tilbake raskt dersom ikke personalet evner å sette seg inn i situasjonen til personen med demens (Brooker, 2013).

Cohen-Mansfield har dokumentert at utfordrende atferd er en respons på at individuelle fysiske og sosiale behov hos personer med demens ikke er dekket. Hendelser med fysisk aggresjon blir ofte fremprovosert av hvordan personalet tilnærmer seg personen med demens (Cohen-Mansfield, 2005). Manglende evne til å forstå utfordrende atferd kan føre til økende bruk av medisiner, tvang eller tilbakeholding i institusjon (Mæland, Joa & Testad, 2013). Ifølge Brooker (2013) øker disse farene dersom reaksjonene ikke er personsentrerte. Hun beskriver det som å se på den utfordrende atferden som en vesentlig del av demenssykdommen. Det er ingenting som kan gjøres for å hjelpe personen, problemet må bare «håndteres» (Brooker, 2013). For å undersøke om dette skjer i praksis kan tiltaksplaner og journal gjennomgå for å se om personalet har forsøkt å finne ut årsakene til utfordrende

atferd. Dersom det oppdages at det er brukt en del psykofarmaka kan det avsløre om det ofte er personalets respons på utfordrende atferd eller ikke (Brooker, 2013).

Å forstå verden fra perspektivet til personen med demens er et viktig element i personsentrert omsorg (Kitwood, 1999).

## **2.4 Personsentrert omsorg**

Den tyske filosofen Martin Buber beskrev allerede på 1920 – tallet behovet for en personsentrert tilnærming. Han la fokuset på at leger skulle møte pasientene først og fremst som mennesker og ikke bare en sykdomstilstand, som var datidens medisinske praksis (Rokstad, 2014). Personsentrert omsorg har sine røtter i Carl Roger sitt arbeid med klientsentrert terapi (Brooker, 2013). Det var ikke før 1980 – 90 tallet at fokuset på personsentrert demensomsorg så dagens lys. Den ble introdusert av den avdøde britiske sosialpsykologen Tom Kitwood (Kitwood, 1999).

For å forstå begrepet personsentrert omsorg kan et filosofisk utgangspunkt brukes ved å først spørre hva betyr det å være en person? Kitwood (1999) brukte det engelske ordet «personhood». Begrepet omhandler hva det betyr å være en person i form av den status eller verdi som gis et menneske av andre i mellommenneskelige forhold og sosiale relasjoner. Det innebærer gjenkjennelse, respekt og tillit. På norsk brukes begrepet personverd (Rokstad, 2014). Personsentrert omsorg bygger på en anerkjennelse av personverdet på alle mulige måter i behandlingen av personer med demens. Omsorgen må individualiseres og personliggjøres på alle mulige måter for å kunne møte hver enkelt sitt behov. Kitwood (1999) hevder at det er mulig for personer med demens å oppleve en høy grad av velvære og livskvalitet forutsett at de grunnleggende psykiske behov blir møtt. Når personverdet blir styrket, observeres det at personer med demens gir uttrykk for velvære og trivsel. Dersom personverdet ikke blir underbygd vil det observeres nedstemthet, mistriivsel og utfordrende atferd (Brooker, 2013). Helsepersonell må bestrebe seg kunnskaper om å forstå utfordrende atferd ut fra pasienten ståsted, og at relasjonen må vektlegges i like stor grad som oppgavene som skal gjøres (Rokstad, 2014). Manglende livskvalitet og fortvilelse er ikke bare forbundet med de hjerneorganiske forandringene som progredierer ved sykdomsutviklingen, men kan også forbindes til kvaliteten på omsorgen som gis og graden av sosial støtte fra omgivelsene (Rokstad, 2014).

Begrepet «personsentrert omsorg» har en tendens til å variere fra person til person og fra sammenheng til sammenheng (Brooker, 2013). For å få mer klarhet i begrepet utviklet derfor professor Dawn Brooker, inspirert av Kitwood, fire hovedelementer for å definere personsentrert omsorg, disse elementene er:

**V** - Et verdigrunnlag som anerkjenner menneskets absolutte verdi, uavhengig av alder eller kognitiv funksjon

**I** - En individuell tilnærming som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske

**P** - Evnen til å forstå verden, sett fra personens perspektiv

**S** - Etablering av et støttende sosialt miljø som dekker personens psykologiske behov (Brooker, 2013).

Brooker utviklet deretter en ligning for å fortsette i Tom Kitwoods fotspor, han fremstilte ofte komplekse ideer som ligninger. Brooker uttrykte derfor personsentrert omsorg på denne måten: PO (personsentrert omsorg) = V+I+P+S. Akronymet består ifølge Brooker også av «Very Important Persons», noe som skal gjøre det enklere med å beskrive resultatet av personsentrert omsorg til personer med demens (Brooker, 2013).

## **2.5 Kitwoods utvidede demensmodell**

For å forstå demens utviklet Kitwood (1999) en utvidet demensmodell. I denne modellen blir det poengtert at demenssykdommen må sees på som en kombinasjon av hjerneorganisk svikt (HS), helse (H), livshistorie (L), personlighet (P) og endringer i sosiale relasjoner (S) (Kitwood, 1999). Demens = HS + H + L + P + S. I følge Kitwood (1999) har de fem faktorene stor betydning for hvordan hver enkelt opplever og mestrer sin egen situasjon. De fem faktorene er:

1. De *hjerneorganiske forandringene* vil føre til redusert hukommelse, språk, evnen til å planlegge og utføre dagligdagse gjøremål. Det vil forverre seg ettersom sykdomsforløpet progredierer.
2. Det er viktig å kjenne til *helsen* til personer med demens. De klarer ikke alltid å uttrykke med ord dersom de har vondt et spesielt sted eller om det er noe annet som plager dem. Endring i atferd kan være et tegn på at noe er galt, det er viktig å kjenne til

dette slik at ikke tegnene blir mistolket som en del av tilleggssymptomer i en demensutvikling. Eldre personer har ofte en rekke andre helseproblemer i tillegg til sin demensdiagnose.

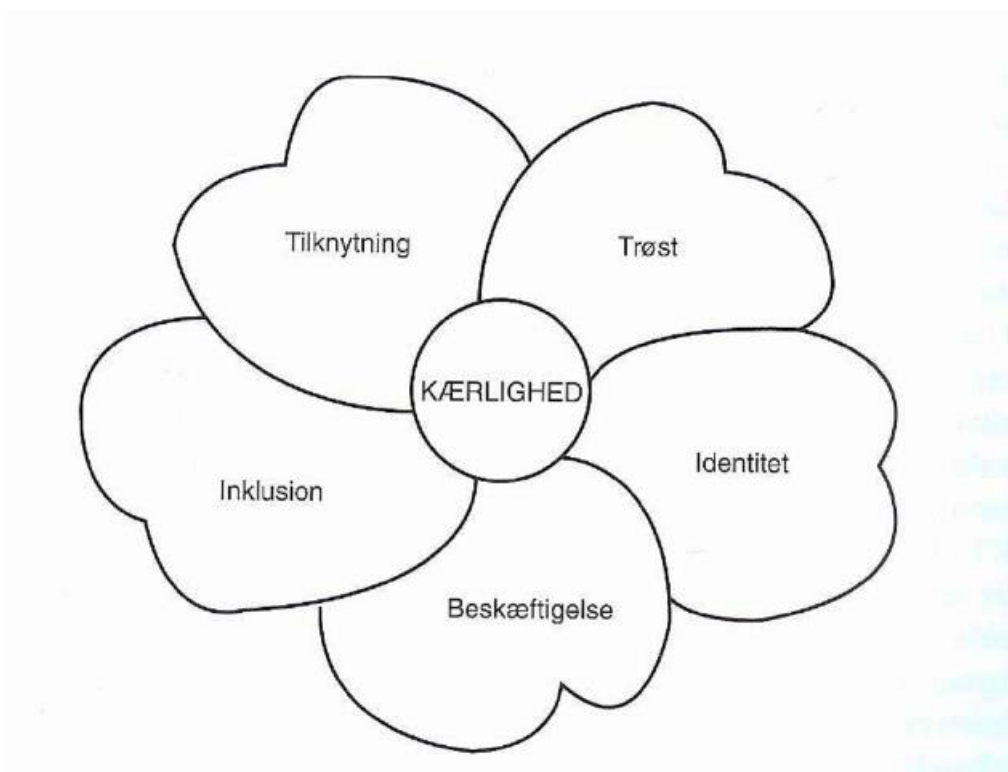
3. *Livshistorien* til personer med demens er en verdifull kjennskap å ha med seg for å kunne forstå å imøtekomme vedkommende på en verdig måte. Ofte kan personer med demens slite med å skille fortid fra nåtid, kunnskap om livshistorien kan hjelpe til med å forstå hva personen forteller om eller forsøker å uttrykke.
4. *Personligheten* vil påvirke hvordan en person opplever sin demens og hvordan vedkommende lever med sykdommen. Ved å ha kunnskap om hvordan personen har vært tidligere i livet kan det tas hensyn til å forstå personens reaksjoner bedre.
5. Ettersom demenssykdommen utvikler seg vil det skje endringer i de *sosiale relasjonene* som kan påvirke relasjonen vedkommende har til andre mennesker. En støttende sosial relasjon vil kunne bidra til at personen med demens opplever en større verdi i livet.

(Brooker, 2013; Kitwood, 1999; Rokstad, 2014).

## 2.6 Grunnleggende psykologiske behov

Kitwood skrev og snakket om hva personer med demens trengte fra folk rundt seg for å eksistere som person. Han illustrerte fem grunnleggende psykologiske behov ved hjelp av en blomst med kronblader, i sentrum av blomsten er kjærlighet som er det sentrale behovet. Dersom vi har ekte kjærlighet for hverandre, gjør vi det vi kan for at andre skal trives (Brooker, 2013). Det er mange pleiere som har evnen til å vise kjærlighet overfor pasientene som de gir omsorg til, dette er noe de ikke trenger å lære seg (Brooker, 2013). Dersom pleiepersonalet bruker de grunnleggende psykologiske behovene, med kjærlighet for pasienten som motivasjon, vil de gjøre alt det de kan for at pasientene skal ha det så godt som mulig. For noen vil det ikke være like naturlig å vise denne typen kjærlighet, men likevel ved å se på behovene som pasientene har kan de fleste klare å finne måter som kan bidra til å bevare personverdet (Kitwood, 1999).

Kitwood (1999) sine fem grunnleggende psykologiske behov er: trøst, tilknytning, identitet, inklusjon og beskæftigelse.



Model 2: Grunnleggende psykologiske behov

(Kitwood, 1999. s 90).

Det er viktig at personer med demens får hjelp til å ivareta disse behovene når de ikke lenger selv klare det på grunn av demenssykdommen. Kitwood sa at det i en personsentrert demensomsorg må være kunnskaper om hvordan pleiere skal møte hver av disse fem behovene hos hver enkelt person med demens (Kitwood, 1999). Her er en kort beskrivelse av Kitwood sine grunnleggende psykologiske behov:

Å gi *trøst* er å vise omsorg ved å gi nærhet og varme som igjen kan skape trygghet hos pasienten. Ofte kan personer med demens oppleve å være i en angstfylt situasjon der de kan føle at de mangler oversikt som igjen vil føre til at de føler seg uttrygg. Å dekke behovet for trøst vil være med på å sørge for at pasienten føler seg trygg.

*Tilknytning* er å føle tilhørighet, det kan handle om at både mennesker og steder gir en opplevelse av trygghet. Ved bruk av validering kan behovet for tilknytning møtes. Med bruk av validering kan pleiere evne å søke etter det følelsesmessige budskapet pasienten uttrykker. Slik kan pleiere gi en anerkjennelse for pasientens virkelighetsoppfatning og skape en trygghet rundt en situasjon som oppleves utfordrende for pasienten.

Når fakta om viktige personer og steder er borte fra hukommelsen, kan det være vanskelig å holde fast på følelsen om hvem man er. *Identitet* innebærer å vite hvem man er, hva man føler og tenker. Det er viktig å bekrefte pasientens identitet ved å bruke pasientens navn regelmessig. Det er viktig at navnet pasienten gir uttrykk for å kjenne best brukes, noen bruker etternavn istedenfor fornavn eller eksempelvis kallenavn. Ved å markere bursdager eller andre merkedager kan også identiteten bekreftes.

Å være *inkludert* i en gruppe er essensielt for oss mennesker. Et symptom på demens er at evnen til å ta initiativ svekkes, noe som kan gjøre det vanskelig å ta kontakt med andre mennesker. Å anerkjenne hver enkelt sin verdi og inkludere alle i samtaler og aktiviteter er viktige oppgaver for pleiere for å ivareta pasientenes opplevelse av inklusjon.

*Beskjeftigelse* innebærer å ta hensyn til personens evner ved at de involveres i aktiviteter som har personlig mening. Begrepet *beskjeftigelse* beskrives også som meningsfull aktivitet. Det kan gi en følelse av mestring og mening. Det er viktig at pleiere legger til rette for at pasientene for delta i det som er meningsfull aktivitet for vedkommende.

(Brooker, 2013; Rokstad, 2014)

I følge Kitwood (1999) må alle disse elementene være tilstedet for at det skal bli vurdert som personsentrert omsorg.



## 2.7 Ondartet sosial psykologi

Ifølge Kitwood er det noe som kan true personalets ivaretagelse av pasientens grunnleggende psykologiske behov, og det er det han kaller ondartet sosialpsykologi (malignant social psychology) (Kitwood, 1999).

Dersom ikke personens behov og rettigheter blir tatt hensyn til vil personverdet bli undergravet. Det kan skje når sterke følelser blir oversett eller underkjent. Begrepet ondartet sosialpsykologi oppsto på bakgrunn av observasjoner som Kitwood gjorde i ulike omsorgsmiljøer (Brooker, 2013). Begrepet er en samlebetegnelse på en rekke årsaker. Eksempler på disse er: situasjoner der personer blir truet, utsatt for høyt tempo, neglisjert, barnliggjort, gitt kallenavn, manipulert, underkjent, umyndiggjort, tvunget, stigmatisert, latterliggjort eller ignorert (Brooker, 2013). Her er et par eksempler på ondartet sosialpsykologi:

For høyt tempo er når informasjon presenteres så fort at pasienten ikke får det med seg:

*«Elisabeth mates av en ansatt, som prikker henne på underleppen med skjeen mellom hver munnfull for å få henne til å spise raskere» (Brooker, 2013. s 65).*

Neglisjering er å nekte å dekke et tydelig behov for kontakt:

*«Det er travelt i oppholdsrommet. Personalet er opptatt med å hjelpe beboere med å komme seg til spisesalen. Lovise sitter fremdeles i stolen og prøver å få kontakt med en ansatt som går forbi. Den ansatte skygger unna og fortsetter mot spisesalen» (Brooker, 2013. s 65).*

Ondartet sosialpsykologi kan redusere trivsel og øke mistrivsel, samt at ved å bli utsatt for noe av dette kan pasienten reagere med irritasjon, utagering eller resignasjon. Det er framsatt en hypotese om at det har en psykologisk skadelig virkning på personer med demens, som allerede har problemer med å takle nevrologisk svikt (Brooker, 2013).

Ifølge Brooker (2013) er det få som ønsker å utsette personer for ondartet sosialpsykologi, likevel skjer det ofte i demensomsorgen. Handlingen er ofte velkjent hos pleiepersonell, og mange kan oppleve en dårlig følelse første gang de blir bevist over disse handlingene og hva det kan føre til. De fleste som har jobbet en stund i demensomsorgen er klar over at de, på et eller annet tidspunkt, har begått en eller flere av disse handlingene (Brooker, 2013). Kitwood (1999) belyser at episoder med ondartet sosialpsykologi sjeldent skjer på bakgrunn av onde hensikter, men at de blir en del av pleiekulturen. Et eksempel kan være at hvis en person er ny på et sykehjem, personen lærer da å kommunisere med pasientene av andre ansatte. Dersom

måten de ansatte kommuniserer på er å barnliggjøre og bruke for høyt tempo, så vil mest sannsynlig den nyansatte gjøre det samme. Slik kan den ondartede sosialpsykologien spre seg raskt blant de ansatte, som igjen kan føre til en negativ pleiekultur (Brooker, 2013).

For å gi personer med demens personsentrert omsorg er det viktig å være klar over hvordan ondartet sosialpsykologi virker inn på personverdet. En bevisst holdning hos hver enkelt i personalgruppen, et verdigrunnlag som baserer seg på personsentrert tilnærming og en ledelse som sørger for god forankring av disse verdiene og følger det opp, vil være en viktig nøkkel for å endre en negativ pleiekultur i en positiv retning (Rokstad, 2014).

## **2.8 Omsorgsmiljø**

Ifølge McCormack og McCance må det fire elementer til for å utvikle en personsentrert praksis (McCormack & McCance, 2006). De har utviklet et rammeverk som består av disse hovedelementene:

*Fokus på personaltes forutsetninger og ferdigheter* – Vektlegger personalets kompetanse, kunnskapene deres om demens, miljøbehandling og personsentrert omsorg, samt realsjonskompetanse som dreier seg om å ha innsikt i egne holdninger og reaksjonsmønstre. Refleksjon over egen praksis er nødvendig.

*Omsorgsmiljøet* – For å få til en personsentrert omsorgskultur krever det at alle går sammen for å få det til. Det må være tydelig og bevisst lederskap, utvikling av en gruppefølelse der personalet går sammen om å jobbe mot et felles mål. Det er nødvendig å kunne søke støtte å samhandle som likeverdige.

*Pasientfokus* – Omsorgsmiljøer har vært preget av fagpersoner som bevisst eller ubevisst mener de vet hva som er best for pasienten. For å ha et pasientfokus må pasienten og pårørende involveres på en systematisk måte. Personalet må tilstrebe å ta pasientens perspektiv.

*Evaluering* – Det må velges en evaluering som kan vise resultatmål som kan vise om effekten av personsentrert omsorg tilfredstilles med vekt på pasientmedvirkning, trivsel og velvære.

(Rokstad, 2014).

For å gjøre en omsorgsmiljøendring krever det en vedvarende forpliktelse for å tilrettelegge tilnærmingen for personalgruppen. Det må legges til rette for aktiv læring på alle nivåer i

virksomheten og lederen må være engasjert hele veien. McCormack et.al (2011) påstår at dersom lederen kun forsterker betydningen av kortsiktige endringer, uten å inkludere personsentrerte overveielser, vil ikke personsentrerte omsorgskulturer bli oppnådd. Dette bekreftes også av Spector et al. (2012) som hevder at endringsarbeid må gjøres i felleskap. Det er ikke bare enkeltpersoner som kan drive med personsentrert omsorg i et omsorgsmiljø, det må praktiseres av alle. Lederen er en av de viktigste nøkkelpersonene som må sørge for at alle er involvert og forplikter seg til utviklingsarbeidet (Spector et al., 2013).

Det finnes flere systematiske metoder for utvikling av en personsentrert omsorgspraksis og kultur. Flere metoder praktiseres i Norge. Eksempler på to av dem, som blant annet har vist seg å ha effekt på redusksjon av utfordrende atferd hos personer med demens i sykehjem, er TID – intervensjonsmodell og VIPS – praksismodell (Lichtwarck et al., 2018; Rokstad et al., 2013).

TID, tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens, er et manualbasert verktøy som personalet anvender for å utrede, tolke og behandle atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens og andre alvorlige psykiske lidelser. Modellen bygger på prinsipper fra kognitiv atferdsterapi og personsentrert omsorg og går ut på at personalet som til daglig er sammen med pasienten, i samråd med lege eller psykolog, bruker prinsipper fra kognitiv atferdsterapi og personsentrert omsorg for å komme fram til skreddersydde tiltak for den enkelte pasient. TID ble først utviklet av sykehjemslege Bjørn Lichtwarck i samarbeid med sykepleier Ann-Marit Tverå (Lichtwarck, Tverå & Røen, 2012).

VIPS – praksismodell er basert på Brooker (2013) sitt VIPS – rammeverk for personsentrert omsorg. Modellen innebærer å bruke elementene fra VIPS – rammeverket inn i planleggingen av behandlingen av pasienter med demens. Røsvik og Mjørud (2011) har utviklet en manual som personalet kan bruke til å lære seg å kjenne hva personsentrert omsorg innebærer i praksis. Manualen brukes aktiv i det til kaller fagmøte. På fagmøtene kan eksempelvis utfordrende pasientsituasjoner reflekteres om. Møtene skal bære preg av hvordan pasienten kan oppleve de utfordrende situasjonene. Personen med demens sitt perspektiv er særlig noe som vektlegges i VIPS – praksismodell (Røsvik & Mjørud, 2011).

## 2.9 Veien til økt forståelse

Å være en god omsorgsgiver forutsetter evnen til å kunne se seg selv utenfra og reflektere over egne holdninger (Rokstad, 2014). Etter hvert som demenssykdommen utvikler seg og atferden blir utfordrende kan også pleiepersonalets holdninger utfordres (Støback, 2014).

Noe som vektlegges i kognitiv terapi er at atferden til mennesker ofte er relasjonell, det vil si at den påvirkes gjensidig gjennom samhandling mellom mennesker (Lichtwarck, 2018). Ifølge Lichtwarck (2012) kan utfordrende atferd ofte sees i samhandlingssituasjoner med personalet eller andre medpasienter. Det kan være i alt fra stellesituasjoner, måltider til andre situasjoner der det er behov for samhandling. Hvordan personalet tolker atferden i en gitt situasjon vil påvirke og forme vedkommende sin atferd ovenfor pasienten. Et viktig element i kognitiv psykologi er at menneskers følelser og atferd i en situasjon i stor grad bestemmes av våre tolkninger av situasjonen. Mennesker påvirkes av miljøet rundt seg. Ofte ved alvorlig demens kan ikke pasientens atferd endres, uansett hvilke tiltak som forsøkes. I slike tilfeller må personalet endre sin tolkning og opplevelse av situasjonen. På den måten kan samhandlingen lykkes bedre (Lichtwarck et al., 2012)

Holdningene til pleiepersonellet er av betydning for hvordan de møter personer med demens med utfordrende atferd i ord og handling (Støback, 2014). Å jobbe med personer med demens handler mye om å skape forståelse. Det er viktig å skape forståelse siden pleiere ofte kan komme opp i situasjoner som er vanskelig. Det kan være at personer med demens ikke samarbeider, ikke for at de ikke vil, men for at de ikke forstår (Engedal, 2008). Ved å reflektere over egne tanker og holdninger til personer med demens kan pleiepersonell sette ord på egen forståelse og dermed åpne opp for å utvikle egne evner og muligheter for å kunne møte personer med demens på en god måte (Støback, 2014). Støback (2015) viser til filosofen Hans Georg Gadamer når hun gir beskrivelser om å sette ord på forforståelsen. Videre sier hun at å forstå ikke er noen enkel sak, og at det kan være forskjellige tilnærminger til en situasjon. Ifølge Gadamer (2012) kan forforståelse betegnes som fordommer eller myter om en sak. Fordommer kan være fruktbar eller ufruktbar (Gadamer, 2012). Eksempelvis kan saken være en situasjon der det har oppstått utfordrende atferd i form av fysisk utagering under et morgenstell. En ufruktbar fordom kan da være å tenke at personer med demens med denne typen atferd er vanskelige personer. Det kan igjen føre til at tilnærmingen til personen vil oppleves som vanskelig for pleieren, som har denne ufruktbare fordommen, også til tilfeller der atferden ikke er utfordrende. En fruktbar fordom kan være at den utfordrende

atferden til personer med demens alltid har en årsak. Da kan pleieren gå inn i situasjonen med større åpenhet i tilnærmingen til personen med demens (Støback, 2014).

### **3. Metodekapittel**

#### **3.1 Valg av forskningsmetode**

Med bakgrunn i problemstillingen som skal belyses er det valgt en kvalitativ tilnærming i denne studien. Det er ønskelig å få fram sykepleiernes egenskaper som erfaringer, opplevelser, forståelse og kunnskap i møte med personer med demens som har utfordrende atferd. For å få tak i denne kunnskapen er det valgt semistrukturerte intervjuer.

I følge Malterud (2011) kan det med kvalitative tilnærminger spørres etter betydning og nyanser av hendelser og atferd som igjen kan være med på å styrke forståelsen av hvorfor mennesker gjør som de gjør. Ut fra ønske om å oppnå forståelse for de fenomenene som studeres, har fortolkning en sentral plass innenfor kvalitative metoder (Malterud, 2011). Ifølge Thagaard (2013) kan den kvalitative metoden knyttes til teorier som fenomenologi og hermeneutikk, som er fortolkende. I fenomenologiske undersøkelser rettes oppmerksomheten mot verden slik den oppleves og erfares fra et subjektperspektiv. Den menneskelige erfaringen kjennetegnes ved fenomener (Thomassen, 2008). For å beskrive sykepleiernes opplevelser, forståelse og erfaring brukes altså en fenomenologisk tilnærming. For å få tak i en dypere mening må hermeneutikkens fortolkning benyttes. Ordet «hermeneutikk» kan ledes tilbake til det greske verbet hermeneuin. Grunnbetydningen av hermeneuin er å bringe til forståelse gjennom tolkning (Cohen, Kahn & Steeves, 2000). Denne studien bygger på en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming.

#### **3.2 Forskerens rolle**

I denne studien gjøres undersøkelsen i et felt som er kjent for forskeren. Gjennom selv å ha videreutdanning i aldring og eldreomsorg er egen forståelse innen feltet noe som har fulgt med gjennom hele arbeidet. I følge Malterud (2011) er en god regel å lete etter hva en selv må legge til side for å gjengi deltakernes historie på en lojal måte. På bakgrunn av et sterkt engasjement til feltet som undersøkes er dette noe som er jobbet med underveis. Som hjelp på veien er Gadamer sin teori om forforståelse brukt. Han beskriver at vår forforståelse kan betegnes som fordommer eller myter om en sak. Fordommer kan være fruktbar eller ufruktbar (Gadamer, 2012). Når jeg bærer fordommene med meg i bagasjen må jeg passe på at jeg ikke blindes av det jeg skal se på veien. Det er jobbet med egen forforståelse for å åpne mest mulig for deltakernes opplevelse av fenomenet. I vår forståelse og tolkning må man la saken selv

framtre på sine egne premisser så langt som mulig. Saken selv assosieres med det fenomen som ønskes forståelse om. For å la saken selv framtre er det avhengig av vår intuisjon, innsikt og bevissthet på egne fordommer og forforståelse (Gadamer, 2012). Slik det forstås må forskeren ha et bevisst forhold til sin forforståelse, det for å unngå å gå inn i et prosjekt hvor det er manglende evne til å kunne lære av materialet. En fallgrube kan være å trekke konklusjoner fra egne erfaringer i funnene, eller å lage en konklusjon ut fra det som allerede finnes av evidensbasert forskning på temaet. Bevissthet om sin forforståelse kan åpne muligheten for ny forståelse (Gadamer, 2012). Med ny forståelse kan øynene lettere åpnes for ny kunnskap. Dersom en selv ikke er forforståelsen sin bevisst kan det hende at samtalen styres mot forskers allerede eksisterende kunnskap om temaet. Det er en kunst å være både fokusert og åpen (Malterud, 2011). Det må være en balanse i samtalene, en må selv ha kontroll på forforståelsen og samtidig være åpen for ny kunnskap gjennom deltakeren sin opplevelse og fortolkning av virkeligheten.

### **3.3 Utvalg og rekruttering av informanter**

Kvalitative studier baserer seg som regel på et strategisk utvalg, bakgrunnen for det er ofte for at deltakerne har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiver (Thagaard, 2013). I følge Malterud (2011) er et strategisk utvalg sammensatt med en målsetning om at materialet som utarbeides gir best potensiale for å belyse den aktuelle problemstillingen. Gjennom selv å ha erfaring fra demensomsorgen gir de kjennskap til feltet. Det kan igjen gi kjentskap til hvor det finnes relevante kilder som kan etablere et robust strategisk utvalg.

Inklusjonskriterier for deltakelse i studien er følgende:

- Deltakerne må ha bachelor i sykepleie
- Deltakerne må ha minimums tre års erfaring som sykepleier innenfor demensomsorg

Årsaken til at sykepleierne må ha tre års erfaring innen demensomsorgen er et ønske om at de i størst mulig grad har kunnskaper og erfaring med tematikken.

Ifølge Thagaard (2013) kan et for stort antall deltakere føre til at materialet blir for uoversiktlig og analysen overfladisk. Med hensyn til studiens omfang og begrensede tidsperspektiv var det ønskelig med fire sykepleiere. Overførbarheten øker ikke proporsjonalt med antall individer i materialet, dersom forskeren kjenner sitt metodehåndverk og har gjort

et godt teoretisk forarbeid vil data fra et lavt antall deltakere være tilstrekkelig (Malterud, 2011).

For å rekruttere deltakere til studien ble det sendt ut forespørsel til sektorledere innenfor helse og omsorg i to kommuner. Kommunene ble ikke tilfeldig valgt, de ble valgt på bakgrunn av at forskeren har lite kjentskap til de disse to kommunene. I forespørselen ble det skrevet ned ønske om å få kontaktinformasjon til enhetsledere ved sykehjem i deres kommuner. Vedlagt lå informasjonsskriv (vedlegg 1) om studien. Sektorlederne videresendte kontaktinformasjon til to avdelingsledere ved forsterket skjermet enhet i hver av kommunene. Etter å ha mottatt kontaktinformasjon ble det sendt mail til hver av avdelingslederne der prosjektet ble presentert og det ble vedlagt informasjonsskriv (vedlegg 1) og samtykkeskjema (vedlegg 2). Avdelingslederne bidro videre med å navngi to kandidater ved hver avdeling som kunne forespørres per mail. Fire sykepleiere fikk deretter mail med forespørsel om å delta i prosjektet. Vedlagt lå informasjonsskriv og samtykkeskjema.

### **3.4 Intervjuguide**

I forkant av intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 4). Intervjuguiden ble utformet slik at den skal bidra til en samtale for å åpne opp for nye spørsmål angående problemstillingen. Det ble lagt mye arbeid i at spørsmålene skulle ha en åpen innfallsvinkel mot sykepleiernes subjektive opplevelse av møte med personer med demens med utfordrende atferd. Målet var at deltakerne skulle få tale fritt.

Dersom intervjuer inviterer deltakeren til å dele sine egne erfaringer i form av opplevde hendelser kan det være en av de rikeste kunnskapene å få tak i (Malterud, 2011). For å få deltakerne til å dele erfaringer ble det stilt spørsmål som: «Gi meg en beskrivelse av en situasjon der du opplevde at atferden var vanskelig å forholde seg til». I tillegg ble det brukt en del oppfølgingsspørsmål på det de fortalte som det var ønskelig å gå enda mer i dybden på. Intervjuguiden ble ikke fulgt til punkt og prikke, men fungerte mer som en påminnelse av temaet som er valgt.

Det ble gjennomført to prøveintervjuer av kollegaer, der begge var sykepleiere. Det ble gitt tilbakemelding på hvordan de opplevde samtalen og hva de anbefalte at det var behov for å jobbe videre med. I etterkant av prøveintervjuene ble det gjort små justeringer i form av ordlyd og formulering av noen intervju spørsmål.



### 3.5 Gjennomføring av intervjuene

De fire intervjuene ble gjennomført høst og vinter 2018. De to første ble gjennomført med en dags mellomrom. Det gikk en måned til de neste to intervjuene ble gjort, også disse med en dags mellomrom. Etter at intervjuene var gjennomført ble det brukt tid til å skrive ned umiddelbare tanker fra samtalen. Notatene viste seg å være nyttig å ha med under både transkripsjonen og analysen, de forsterket opplevelsen fra intervjuene.

Deltakerne valgte selv tidspunkt for når det passet å la seg intervju. Det var lagt til rette for at intervjuene ble gjennomført i deltakernes arbeidstid. Tre av intervjuene ble gjennomført på personalrommet til avdelingene. Det var noen små forstyrrelser i et par av intervjuene som foregikk på personalrommene. Det var forstyrrelser i form av at personalet banket på for å stille spørsmål. Det virket til å gå greit for intervjusituasjonen. Det siste intervjuet var på et møterom og der ble det ingen forstyrrelser.

Det var ønskelig at samtalen med deltakerne skulle være fruktbar ved at det skulle gi deltakeren en positiv opplevelse og en følelse av å bidra med nyttig kunnskap. Samtidig var det viktig å skape en relasjon med trygghet og fortrolighet mellom intervjuer og deltaker. For å få hjelp til det fikk deltakerne informasjon om studiets hensikt, samtykkeerklæringen ble gjennomgått og frivilligheten understreket og de fikk informasjon om hva som ville skje med materialet etter at studiet er avsluttet. Det ble også gitt informasjon om hvorfor lydopptak ble brukt og deltakerne fikk informasjon om når den ble skrudd av og på.

Det å være intervjuer for første gang brakte med seg både nervøsitet og spenning. Det føltes avslappende å intervju kjente kollegaer i prøveintervjuene, men opplevdes mer som eksamensnerver i forkant av det første intervjuet som skulle gjennomføres. Samtlige av intervjuene ble åpnet med en samtale der det ble snakket generelt om sykepleierfaget og ulike erfaringer, det fikk stemningen til å føles mer avslappende. Etter hvert som det føltes naturlig ble det gitt beskjed om at lydopptakeren ble slått på.

I det første intervjuet var alt nytt og det tok litt tid før samtalen fikk en grei flyt. Det ble brukt mange oppfølgingsspørsmål i det første intervjuet og det opplevdes som om at intervjuer snakket en god del mer enn deltakeren, noe som ble bekreftet under transkripsjon. Etter at det første intervjuet ble gjennomført ble det hørt gjennom for å gjøre vurderinger om noe kunne forbedres. Det ble bestemt å beholde intervjuguiden slik den var. Det andre intervjuet opplevdes avslappende og intervjuer kunne lene seg tilbake å lytte til gode refleksjoner og

deling av mange erfaringer fra deltakeren. De to siste intervjuene var sammenliknbare med det andre. De opplevdes også enklere å gjennomføre, det kan være på bakgrunn av at to intervjuer allerede var gjennomført som ga mer erfaring på området.

Hver av intervjuene varte på mellom 45 – 60 minutter.

### **3.6 Transkripsjon**

Transkripsjonen ble gjort selv og det var et tidkrevende, men spennende arbeid. I følge Malterud (2011) er formålet med skriftliggjøring av tale til tekst å fange opp samtalen slik at den gir en gyldig gjengivelse av det deltakeren hadde hensikt med å meddele. Under transkripsjonen ble notatene som ble gjort i etterkant av intervjuene tatt fram. Å lese gjennom notatene i forkant av å høre på intervjuet gjorde det lettere å gjenoppleve intervjusituasjonen.

Samtlige intervju ble transkribert på bokmål, det opplevdes som en bedre måte å bevare deltakernes anonymitet på. Ord eller setninger som ble lagt mer vekt på hos deltakeren ble uthevet med fet skrift. Forskerens ord som «mm-mm» og «ja» ble gjentatt utallige ganger, det ble fjernet for å få mer flyt i teksten. Allerede under transkriberingen startet en form for analyse, det ble oppdaget mye interessant i teksten, men ble bestemt å legge bort trangen for å systematisere til senere.

Intervjuene ble lyttet til flere ganger samtidig som det transkriberte materialet ble lest, dette for å lytte etter om det var noe som kanskje var blitt oversett fra tidligere. Alt som ble sagt under intervjuene hørtes godt. Fire intervjuer endte tilslutt med 35 sider transkribert materialet med skriftstørrelse 12 og enkel linjeavstand.

### **3.7 Analyse**

Målet med den kvalitative metoden er å utvikle ny kunnskap, ikke reprodusere en forståelse vi allerede har (Malterud, 2011). Siden forsker i denne studien er nybegynner var det behov for en guide som kunne brukes for å systematisere og organisere materialet under analyseprosessen. Det er store mengder tekst etter transkribering. For å kunne ha en god oversikt, og ikke overse viktige elementer, er det i denne studien brukt systematisk tekstkondensering. Det er en fenomenologisk analyse inspirert av Giorgi og modifisert som systematisk tekstkondensering av Malterud (2011).

### Første trinn

I følge Malterud (2011) deles systematisk tekstkondensering inn i fire trinn. Det første trinnet er å danne seg et helhetsinntrykk.

Alt transkribert materialet ble gjennomlest flere ganger. Det var allerede gjort en del gjennomlesninger under transkripsjonen, samtidig som lydopptakene ble lyttet til. Deler av teksten som virket interessant ble uthevet med fet skrift. Flere gjennomlesninger ga derfor større muligheter for å stille spørsmål til det materialet som ikke var uthevet for å undersøke om noe var oversett. En forutsetning for å stille seg åpen for de inntrykk materialet kan formidle er det viktig å sette forforståelsen og referanserammen i parentes (Malterud, 2011). Det ble også i denne delen jobbet med forforståelsen ved å fokusere på å legge vekk egen kunnskap og erfaring fra feltet. I følge Malterud (2011) er det viktig å være våken for nye mønstre og forsøke å gjøre en kreativ analyse slik at ikke de foreløpige temaene sammenfaller for mye med hovedtema i intervjuguiden. Etter gjennomlesningen ble helhetsinntrykket oppsummert og fire foreløpige temaer med tilhørende sub-kategorier kom fram.

### Andre trinn

Malterud (2011) skriver at i trinn to skal meningsbærende enheter sortertes i teksten ved hjelp av koding. Nå skal relevant tekst skilles fra irrelevant, og den teksten som tenkes å kunne belyse problemstillingen skal sorteres ut.

Dette arbeidet ble gjort ved datamaskinen. Det første som ble gjort var å gi hver deltaker en fargekode. Fargene som ble brukt var lilla, rød, grønn og blå. Det ble brukt fargekoder for det opplevdes som mest oversiktlig. Det ble brukt to PC skjermer under dette arbeidet. Den ene skjermen inneholdt oversikt av alt transkribert materialet og den andre skjermen inneholdt en oversikt over de foreløpige tema, med tilhørende sub-tema, fra første analyse trinn.

Hele den transkriberte teksten ble gjennomgått systematisk. Temaene fra første analyse trinn ble veiviser da letingen etter meningsbærende enheter ble satt i gang. Ord, setninger og avsnitt ble markert med uthevet skrift, kopiert og limt inn i et arbeidsdokumentet som inneholdt de foreløpige temaene fra første analyse trinn. Det ble på denne måten foretatt en dekontekstualisering av materialet. Dekontekstualisering gir muligheten for å løfte ut deler av materialet og se nærmere på det sammen med elementer av materialet som sier noe av det samme (Malterud, 2011). Deler av teksten som sa noe av det samme, ble satt under et av foreløpige temaene som tekstelementet hadde sammenheng med. For å ha oversikt over

hvilken tekstelementer som sa noe om det samme ble de kodet med et tall som var knyttet til en foreløpig sub-kategori.

En god del overveielser og mye fram og tilbake ble gjort i analysens andre trinn. Det ble inkludering og ekskludering av både tekst koder og temaer. Deler ble satt i sammenheng med en helhet for å se om det kunne oppnås en ny forståelse, dette ble gjort gjentatte ganger for å søke ny informasjon og innsikt. Denne delen av analysen var som å sirkulere rundt og rundt, sammenliknbart med den hermeneutiske sirkel (Gadamer, 2012).

En skjematisk framstilling som gir en oversikt av temaer, sub-kategorier og kategorier kommer senere i dette kapitlet.

Underveis i arbeidet med studien er det ført prosjektlogg. Den var en god venn å ha i dette arbeidet. Der var er alle valgene og begrunnelsene som er gjort underveis dokumentert. Loggen fungerte som en veiviser dersom det var vanskelig å finne fram.

### Tredje trinn

I tredje trinn av systematisk tekstkondensering blir kunnskap abstrahert (Malterud, 2011). Det ble under dette arbeidet laget et kunstig sitat, et kondensat, til hver av sub-gruppene. Ifølge Malterud (2011) skal kondensatet bære med seg det konkrete innholdet fra de meningsbærende enhetene ved å omsette dem til en mer generell form. For å systematisere arbeidet på best mulig måte ble sub-kategoriene gjennomgått en etter en. Det ble tilstrebet at alle deltakernes stemmer kom fram i kondensatene. For å gi en påminnelse om hvordan deltakerne omentrent utrykte seg i intervjuene ble jeg-form brukt i kondensatene (Malterud, 2011).

### Fjerde trinn

Fjerde trinnet i systematisk tekstkondensering består av rekontekstualisering, som betyr å sette sammen bitene igjen i form av gjenfortellinger (Malterud, 2011).

Under rekontekstualiseringen var det var lett å finne tilbake til hvilken deltaker det gjaldt siden hver deltaker hadde en egen fargekode og det var markert med sidetall hvor i den transkriberte teksten materialet var hentet. I følge Malterud (2011) skal det i rekontekstualiseringen sørges for at svarene som er lest ut av det dekontekstualiserte

materialet stemmer overens med sammenhengen det ble hentet ut fra. Det er et viktig tiltak for å bevare deltakernes virkelighet (Malterud, 2011). Den analytiske teksten fremkommer i resultatdelen i studien.



Model 3: Skjematisk fremstilling

### 3.8 Validitet og reliabilitet

I metodekapittelet er det allerede redegjort for hvordan veien er gått for å øke kvaliteten på studiet, det velges likevel å redegjøre for begrepene reliabilitet og validitet.

Ifølge Malterud (2011) er validitet knyttet til tolkning av data og gyldigheten til disse tolkningene. Enhver form for utveksling av kunnskap kan gi muligheter for misforståelser (Malterud, 2011). For å forsøke å unngå det på best mulig måte ble det benyttet validering i form av at det regelmessig ble stilt spørsmål til deltakeren ved å si, eksempelvis «*Forstår jeg deg riktig når du sier at...?*». Under transkriberingen ble det lagt merke til at forsker ofte oppsummerte svar fra deltakerne for å sjekke om svaret ble oppfattet riktig. For å sikre validiteten underveis i analysefasen ble det tilstrebet at dekontekstualiseringen ble fulgt av rekontekstualiseringen. Det ble nøye gjennomgått at teksten som ble hentet ut av råmaterialet kunne settes tilbake i dens opprinnelige sammenheng. En prosjektlogg er ført slik at analyseprosessen kunne reverseres dersom det skulle være nødvendig.

Begrepet reliabilitet brukes ofte i sammenheng med spørsmålet om hvorvidt andre forskere, som benytter de samme metodene, ville kommet frem til samme resultater (Kvale & Brinkmann, 2009). For å styrke reliabiliteten er det bestrebet gjennom metodekapitlet å lage en synlig sti slik at det kan bli lettere for andre å se prosessen. Forsker og veileder har også jobbet tett sammen gjennom hele analyseprosessen.

### 3.9 Forskningsetikk

For å føre fram til vitenskapelig kunnskap må en som forsker forholde seg til forskningsetiske forpliktelser. Som forsker har vi blitt gitt av andres tid og tillit, dette må ivaretas. Forskeren må sikre kvaliteten av prosjektet og resultatene (Malterud, 2011).

Det ble vurdert fordeler og ulemper opp imot hverandre med hvordan deltakerne skulle anonymiseres. Med hensyn til sykepleiernes anonymitet er det valgt å kalle alle fire sykepleierne for *deltakere* i resultatkapitlet. På grunn av gjennomsiktige forhold er det valgt å gjøre det så anonymt så mulig. Det er ikke oppgitt hvor demografiske opplysninger av hensyn til å ivareta anonymiteten til deltakerne. Deltakerne er i aldergruppen 25 – 50 år.

Studien har fått godkjenning fra Norsk Samfunnsfaglig Datatjeneste (vedlegg 3). Dette ble gjort for å sørge for at deltakernes personvern er ivaretatt. Samtlige deltakere fikk tilsendt informasjon per mail om at alle opplysningene behandles konfidensielt og at prosjektet er godkjent av NSD. Det ble også gjort en muntlig gjennomgang for å kvalitetssikre at

deltakerne hadde fått tilstrekkelig informasjon i forkant av intervjuene. Samtlige av deltagerne ga sitt skriftlige samtykke etter å ha blitt kjent med studiens formål. Deltakerne ble informert om muligheten til å trekke seg fra studien om de ønsket det.

Alle samtykkeerklæringer ble lagt i egne konvolutter og innelåst i en skuff på forskerens kontor. Lydopptakene ble oppbevart i en annen låsbar skuff, atskilt fra samtykkeerklæringene. Ved studiens ferdigstilling vil opptakene bli slettet.

### **3.10 Metodiske betraktninger**

Å gjøre en kvalitativ studie innebærer at forsker i prosessen står nær det som skal studeres. Det å forske i eget fagfelt har medført ulike utfordringer. Egne erfaringer som sykepleier og min forforståelse har nok preget både problemstilling, intervju spørsmål og hvordan dataene ble fortolket. Gjennom hele prosessen har forsker arbeidet med å være sin egen forforståelse bevisst.

Det å være kjent i fagfeltet kan også skape trygghet hos deltakerne ved at forsker lett kunne gjenkjenne beskrivelsene som ble gitt. En begrensning med å kjenne fagfeltet så godt, selv om forsker jobbet med forforståelsen hele veien, kan være at noen av deltakernes svar ble tatt for gitt og at forsker unnlot å stille spørsmål som kunne være med på å øke forskers forståelse om emnet. En annen begrensning kan være at deltakerne i sine beskrivelser lot være å gå dypere i forklaringer eller hoppe over poenger for at de tenkte at det allerede var kjent stoff for forskeren. Å kjenne fagfeltet godt gjorde også slik at forsker kjente på engasjementet i å ville dele egne erfaringer i noen av intervjuene.

Det ble jobbet med å gjennomføre intervjuene slik at deltakerne ikke følte at de var nødt til å prestere, likevel spurte flere av deltakere om svaret de ga var et greit svar og om det var det forsker lurte på.

Studien har fire deltakere og vil derfor ikke være generalisbar slik at det kan sluttet resultater fra den til større populasjoner, studien kan likevel ha en overføringsverdi. Det kan være at flere sykepleiere eller pleiepersonell kjenner seg igjen i de ulike erfaringene som deles av deltakerne.



I analysedelens andre trinn ble det brukt mye tid fram og tilbake med valg av navn på tema og sub-kategorier. Alt dette ble skrevet ned i prosjektloggen. Det var for mye fram og tilbake til at alt som ble gjort detaljert kunne skrives ned. I grove trekk ble gangen i det beskrevet for å belyse hovedtrekkene av systematiseringen. Det som ble oppdaget underveis i dette møysommelige arbeidet var at det tilslutt havnet opp med det som først var tenkt ved gjennomlesningen. Ved hjelp av prosjektloggen kunne forsker gå tilbake å se hva som var valgt bort og hvorfor, det ble en viktig veiviser. På grunn av studiens begrensede tidsrom ble de detaljerte beskrivelsene om hvordan sub-kategoriene ble til valgt bort. Forsker opplevde også at tross ved hjelp av prosjektlogg, så systematisertes mye opp i hodet underveis som ikke var like lett å skrive ned i detalj. Etter beste evne er metodekapittel beskrevet for å vise leseren veien som er gått.

## 4. Resultatkapittel

I dette kapittelet blir studiens resultater presentert. Gjennom analysen av intervjuene framkom følgende kategorier:

- Å bli kjent med pasienten
- Tilnærmingen må tilpasses hver enkelt
- Personalets opplevelser av utfordrende atferd

### 4.1 Å bli kjent med pasienten

Denne kategorien handler om hvilke kunnskaper deltakerne mener personalet må ha med seg inn i møte med personer med demens for å få til en god samhandling. Deltakerne forteller at grunnlaget for å få til en god samhandling er å ha fokus på pasienten som person blant annet gjennom å ha kjennskap til pasienten. De vektlegger også at personalet må ha forståelse for hvorfor atferden kan bli utfordrende og at atferdskartlegging kan være til hjelp.

I analysen ble denne kategorien delt inn i tre sub-kategorier 1) historien om pasienten, 2) atferd som kommunikasjon, 3) kartlegging av utfordrende atferd

#### 4.1.1 Historien om pasienten

Samtlige deltakere vektlegger hvor viktig det er å se pasienten som en person og ikke relatere personen kun til demenssykdommen. Det å kjenne til pasientenes livshistorie er noe alle deltakerne framhever som grunnleggende når de skal lære seg å kjenne personer med demens. En deltaker forteller at det er et av de viktigste verktøyene de har i hverdagen. En annen deltaker forteller at i livshistorien finnes informasjon om alt fra tidligere yrke, vaner, interesser, familierelasjoner til hendelser i livet. En deltaker forteller:

*«Livshistorien til personen danner grunnlaget for å skape tillit og danne en god relasjon».*

Deltakeren forteller videre hvordan hun i møte med personer med demens bruker livshistorien for å skape trygghet ved at hun bekrefter for personen hvem vedkommende er. En annen

deltaker forteller at livshistorien kan være med på å hjelpe henne med å tolke atferd, og at den kan brukes som avledning i utfordrende situasjoner.

Flere av deltakerne trekker fram bruken av tiltaksplaner. En av deltakerne forteller at en tiltaksplan, i form av hvordan pasienten liker å ha det i morgenstellet, kan være med på å skape velvære som igjen forebygger utfordrende atferd. En annen deltaker forteller at ved hjelp av tiltaksplaner kan personalet danne et grunnlag for å jobbe likt, som igjen skape trygghet og forutsigbarhet hos pasienten. En av deltakerne opplever at tiltaksplaner kan bli utrolig lange på grunn av at det er så mange variabler, vedkommende opplever det som vanskelig å si at det funker og det funker ikke. Deltakeren forteller:

*«Det er som å bli kjent med nye mennesker, vi må være sammen med dem over tid, også må vi se hvordan de responderer. Vi må være sammen med dem for å lære dem å kjenne, for å se den endringen i blikket, for å se den endringen i kroppsbevegelsen, om de er knapp eller om de er myk. Vi må se på måten de tygger på, altså det er alt».*

Sitatet gir en beskrivelse av hvordan deltakeren observerer ulike detaljer ved både kroppsspråk og blikk for å få bedre kjentskap til pasienten. Videre forteller deltakeren at disse observasjonene er viktig å ha med seg inn i møte med pasienten.

#### 4.1.2 Atferd som kommunikasjon

Deltakerne forteller at når man skal ivareta personer med demens er det er viktig å ha forståelse for hva demens er, i form av hvordan sykdommen utvikler seg og hvilke konsekvenser det kan få for pasienten. Det er spesielt et fenomen alle deltakerne framhever nødvendigheten med å ha kunnskaper om og det er det er atferd som kommunikasjonsmåte. En av deltakerne forteller:

*«Raskt endret atferd har som oftest en bakenforliggende årsak. Da må vi forske, da må vi bruke eliminasjonsmetoden».*

Deltakerne beskriver en eliminasjonsmetode der de utelukker at det ikke er noen somatiske plager, pasientene kroppsundersøkes og nødvendige prøver blir tatt. En av deltakerne forteller at det er viktig å lete etter svar til hvorfor atferden oppstår, kanskje er det noe som trenger en behandling slik at atferden avtar, som for eksempel en smertestillende tablett:

*«Det er det å se at det ikke er noe som ligger til grunn, prøve å lete etter svar. Altså at man heller behandler det enn og gir beroligende medisiner».*

Sitatet forklarer viktigheten med å finne årsak til atferden. Deltakeren sier at ved å gi beroligende medikamenter, når en person forsøker å kommunisere ut noe som plager dem, kan overskygge det som faktisk er årsaken til at atferden oppstår. Det kan være alt fra at personen er sulten, må på toalettet, har behov for trygghet og nærhet eller rett og slett at de er overstimulert, ifølge deltakeren.

Dersom de ikke gjør noen funn gjennom den somatiske eliminasjonsmetoden forteller deltakerne at de går over til vurderingen om at atferden kan være uttrykk for noe annet. En av deltakerne forteller at for personer med demens kan en atferd som virker utfordrende for oss være normalatferd til personen utfra situasjonen vedkommende har en opplevelse av å være i. Deltakeren forteller:

*«Fult forståelig at ho fru Hansen klatrer ut av vinduet dersom hun tror barna er alene hjemme, selvfølgelig, hadde det vært meg som hadde en opplevelse av at ungene var alene hjemme og at du hadde stengt meg inne, jeg hadde jo smurt deg rett ned. Det er jo helt, helt forståelig. Hvis noen da i tillegg hadde gitt meg en kopp kaffe hadde jo vært helt idiotisk. Ta nå heller og hjelp meg hjem».*

En deltaker forteller at det er viktig å ta hensyn til at personer med demens ofte har annen virkelighetsoppfattelse enn oss, slik som sitatet ovenfor illustrerer. En annen deltaker forteller at utfordrende atferd ofte kan oppstå når pasienten ikke forstår konteksten av ulike situasjoner. Deltakeren beskriver et eksempel der en pasient har en gjenstand som vedkommende holder på å miste i gulvet, en pleier klarer å avverge slik at gjenstanden ikke faller. Pasienten beskylder da pleieren for å ville stjele gjenstanden og utagerer fysisk og verbalt mot pleieren. Deltakeren forteller at dersom hun ikke hadde hatt kunnskaper om hvorfor utfordrende atferd kan oppstå, kan det hende at hun ikke hadde forstått hvorfor pasienten utagerte i den situasjonen.

#### 4.1.3 Kartlegging av utfordrende atferd

Deltakerne forteller at når de ikke klarer å finne årsaken til hva atferden kan være bruker de kartleggingsskjema for å få en oversikt over atferden. Døgnregistreringsskjema, også kalt mengdekartlegging, er det som er mest brukt ifølge deltakerne. De fleste av deltakerne forteller at det er det eneste skjemaet for kartlegging av atferd som brukes der de jobber.

Alle deltakerne beskriver at skjemaet brukes for å få en oversikt over hyppigheten av en type atferd eller dersom en ny atferd har oppstått. De forteller også at det brukes ved oppstart av

nye medikamenter for å få en oversikt over hvordan personen responderer over tid. Det varierer på varigheten av kartleggingene som gjøres. En av deltakerne forteller at den kan vare i alt fra to uker til lengere ved behov. En annen deltaker forteller at noen ganger kan kartleggingen vare i over en måned, kanskje mer.

En av deltakerne nevner at de bruker situasjonskartlegging. Kartleggingen tas i bruk dersom det er en ny atferd eller en situasjon som de ikke helt vet hvordan de skal løse. Deltakeren forteller:

*«Dersom vi ser et mønster er det lettere å finne årsaken til at atferden oppstår, så gjør vi tiltak ut i fra det».*

De kartlegger først hva som skjedde i forkant av situasjonen, selve situasjonen og hvordan den ble løst. Kartleggingen varer cirka en til to uker før det analyseres. Vi kan også forlenge kartleggingen etter behov, helt til vi ser et mønster, forteller deltakeren. Deltakeren forteller at situasjonskartleggingen gir en bedre oversikt enn døgnregistreringsskjema. Den gir også en bedre forståelse av hvorfor atferden oppstår, ifølge deltakeren.

## **4.2 Tilnærmingen må tilpasses hver enkelt**

Denne kategorien omhandler hva deltakerne opplever som en god tilnæringsmåte til personer med demens som kan ha utfordrende atferd. Deltakerne vektlegger at det er utfra hele bildet av situasjonen hvordan de tilnærmer seg pasienten, men at det er noen grunnleggende momenter de tar i bruk når de møter pasienter som kan ha utfordrende atferd. De trekker også fram at tilnærmingen må tilpasses hver enkelt pasient sitt behov og at de alltid må være forberedt før et møte.

I analysen fikk denne kategorien to sub-kategorier; 1) den grunnleggende tilnærmingen, 2) å være forberedt

### **4.2.1 Den grunnleggende tilnærmingen**

En av deltakeren forteller at det er mange nyanser i en tilnærming og at det aller viktigste er å kjenne pasienten og tilpasse tilnærmingen utfra det. En annen deltaker forteller at hvilken tilnærming de bruker kommer an på om det er for å forebygge at en utfordrende atferd oppstår eller om det er tilnærming til en pasient der en form for utfordrende atferd allerede har oppstått.

Flere av deltaker nevner at uansett om det gjelder forebygging eller å dempe utfordrende atferd er det alltid noe som er grunnleggende i tilnæringsmåten. En deltaker forteller at hun alltid tenker over hvordan hun beveger seg mot pasienten, at hun kommer rolig fra siden og ikke rett på slik at vedkommende skvetter. Hun beskriver at hun møter pasienten på en respektfull måte, at hun smiler mye til pasienten og bruker få ord. En annen deltaker beskriver en grunnleggende måte å tilnærme seg på:

*«Jeg går sakte mot pasienten, jeg er rolig og har lavt toneleie. Etter hvert går jeg nærmere med omsorg, da stryker jeg kanskje litt på pasienten sin skulder. Jeg bruker korte setninger, sørger for at pasienten forstår at jeg er her for å hjelpe».*

Alle deltakerne gir beskrivelser på at de er sitt eget kroppsspråk bevist i møte med pasientene. En av deltakerne forteller at pleierne må framstå som trygg i møter der atferden er utfordrende. Hun beskriver at en måte å vise trygghet på er å tørre å gå nært og vise at man har kontroll over situasjonen som er vanskelig for pasienten. En annen deltakerne forteller:

*«Dersom noen i personalet ikke vet hva de skal gjøre og blir redd eller usikker i møte med en pasient som selv føler seg utrygg, så kan situasjonen bli enda verre for pasienten. Da blir ofte atferden verre».*

Sitatet illustrerer at pleiere må vise trygghet og at de har kontroll over situasjonen. Deltakeren forteller videre at det å føle seg trygg handler om erfaring, hun forteller videre at det kan eksempelvis være at man har opplevd liknende situasjoner tidligere og vet hvilke tiltak som fungerer. En annen deltaker forteller at pasientene ofte er i en annen virkelighetsoppfatning som ikke er forenlig med det vi opplever. Da er det viktig å vise pasientene trygghet i situasjonen de befinner seg i. Deltakeren forteller:

*«Det er grei kjøreregel, at pasienten alltid har rett i sin opplevelse. Vi som skal hjelpe dem må ivareta hans eller hennes verdighet i det som kan være vanskelig».*

Bruk av bekreftelse på pasienten sin opplevelse er noe alle deltakerne framhever. De nevner alt fra å vise forståelse og bekrefte at man ser at personen er lei seg for så å gi trøst eller det å vise ydmykhet når personen blir agitert. En av deltakerne forteller at ved å bruke validering kan hun hjelpe pasienten med å bekrefte hvem de er, styrke deres identitet og møte dem i det de føler. Videre forteller hun at hun opplever at bruken av validering i tilnærmingen styrker relasjonen mellom hjelper og pasient. En annen deltaker forteller at hun ofte bruker remisens for å avlede pasienten ut av ulike situasjoner. Hun finner fram gamle bilder og

snakker om minner eller hendelser i livet som hun vet har satt spor hos pasienten. En av deltakerne sier at det kreves kunnskaper om hva miljøbehandling er, hvordan det anvendes og i hvilken situasjon, samt at det må settes av tid og bemanning for å gjennomføre det på kvalitetsmessig måte. En annen deltaker forteller at hun opplever at miljøbehandlingen har best effekt når det tilpasses hver enkelt pasient sitt behov.

#### 4.2.2 Å være forberedt

Deltakerne forteller at i tilnærmingen må de være forberedt på at en plutselig atferdsendring kan forekomme. En deltaker forteller at hun er observant under hele møtet. Både når det gjelder sitt eget kroppsspråk og pasienten sitt kroppsspråk og ansiktsuttrykk. Videre sier hun at dersom hun merker at en agitasjon begynner å bygge seg opp forsøker hun å være ydmyk, da bruker hun ord som for eksempel: «Beklager, det var ikke meningen» eller «Jeg forstår, unnskyld». Ifølge deltakeren fungerer denne formen for bekreftelse av pasientens frustrasjon godt.

En annen deltaker forteller at årsaken til at plutselige atferdsendringer oppstår kan være alt fra en høy lyd eller andre overraskelsesmomenter. Det skaper en form for katastrofereaksjon hos pasienten, ifølge deltakeren. En annen deltaker forteller at noen ganger er det umulig å forutse at man plutselig får et slag imot seg og det kan hende man aldri finner ut hva som var årsaken til det heller, derfor må man alltid være føre var. En deltaker forteller:

*«Vi skal ta en risikovurdering hver gang vi skal møte en pasient som kan ha en atferd i form av fysisk utagering. Vi skal tenke hva er det jeg kan møte her, hvordan stiller jeg meg, hvordan har jeg håret, har jeg noe som er løst slik at jeg kan bli kvelt. Jeg er alltid imellom når vi er hos de krevende pasientene, jeg vet alltid hvor døren er, jeg har alltid ryggen mot veggen og vet alltid hvor pasienten er».*

Sitatet illustrer at det er viktig at pleierne forbereder seg i forkant av møte. I tillegg til å være forberedt på at en plutselig utagering kan forekomme, må de også være forberedt på tiltak som kan gjøres i slike situasjoner. Deltakerne vektlegger igjen nødvendigheten med å kjenne pasienten og hvilke av pasientene som kan få slike reaksjoner.

En deltaker forteller at hos pasientene det er kjent at plutselige atferdsendringer kan forekomme får de nyansatte på avdelingen en opplæring med gradvis tilnærming til pasientene. Deltakeren forteller:

*«Vi tilpasser det hver enkelt pasient. Vi tar de nyansatte med oss og forteller dem hvilken pasient som har lengere latenstid enn andre, i enkelte situasjoner lærer vi personalet at: Når han har det blikket der, da skal du bare gi han plass, når han ellers har et annet blikk kan du si hei. Dersom du sier hei til han når han har det mørke blikket, da risikerer du at han kan slå deg».*

Sitatet illustrerer hvor viktig det er at personalet med erfaring og kjennskap til pasienten som gir opplæring til de som er nyansatte.

Det er ulikt hvilke tiltak deltakerne nevner at de tar i bruk når atferden blir utfordrende. Dersom det blir en utfordring mellom pleier og pasient i en samhandling nevner flere av deltakerne at det ofte hjelper med pleierbytte. En av deltakerne nevner at noen ganger hjelper det å gå litt ut av situasjonen for så å forsøke på nytt igjen. Videre forteller deltakeren at pleiernes tilnærming ofte er årsaken til at utfordrende atferden oppstår. En av deltakeren nevner at tiltaket hun velger alltid avhenger av pasienten og hvilke situasjon det er.

Når det gjelder bruk av beroligende medikamenter som tiltak i en situasjon er det få av deltakerne som nevner det. Deltakerne forteller at alt annet må være forsøkt først. En av deltakerne forteller videre at behandlingen som skal gis må baseres på en helhetsvurdering ut i fra situasjonen personen er i. Deltakeren forteller:

*«Det handler om hvorfor gir du medisiner? Er det for at pasienten skal få det bedre, at den skal få det lettere, for at den skal få bedre ro til å spise, for at pasienten skal kunne få muligheten til å glede seg over en tur ut eller hva det måtte være, så tenker jeg at det er på sin plass. Hvis tanken er at det er vanskelig for oss, da er vi helt på villspor. Det er pasienten vi må ha i fokus».*

Deltakeren belyser at det ene ikke utelukker det andre og at de noen ganger trenger både beroligende medikamenter og tilrettelagt miljøbehandling. Det er alltid en vurdering hvorfor man gir medikamenter, denne balansen er viktig å kunne, ifølge deltakeren. En liknende beskrivelse gis av en av de andre deltakerne. Hun opplever at for noen pasienter kan det virke forebyggende med en liten dose beroligende før en planlagt aktivitet. En annen deltaker forteller at dersom pasientene er veldig agitert er det ikke sikkert man kommer i posisjon med tilnærming eller miljøbehandling. Deltakeren forteller videre at det som hjelper best da er å gi en liten dose beroligende for at pasienten får roet seg og at pleierne kommer i bedre posisjon for å kunne hjelpe.



### 4.3 Personalets opplevelser av utfordrende atferd

Denne kategorien omhandler deltakernes opplevelser av utfordrende atferd. Deltakerne forteller om hvilke reaksjoner som oppstår hos dem i etterkant av en utfordrende situasjon og hva det gjør med dem som person. De forteller også om hvordan refleksjon hjelper dem i hverdagen.

I analysen fikk denne kategorien tre sub-kategorier; 1) atferd som oppleves som utfordrende, 2) reaksjoner hos personalet, 3) refleksjon hjelper på utfordringer i hverdagen

#### 4.3.1 Atferd som oppleves som utfordrende

Deltakerne gir ulike beskrivelser av hva de opplever som utfordrende situasjoner, de forteller alle at de opplever situasjoner med utfordrende atferd daglig. Det er også noe ulikt hvilken type atferd deltakerne opplever som mest utfordrende.

To av deltakerne forteller at den atferden de opplever som mest utfordrende er seksuelle tilnærmelser. De beskriver at det er vanskelig å avlede pasientene ut av situasjoner med denne type atferd. Dersom vedkommende begynner å berøre seg selv foran de andre i stuen, opplever de det som vanskelig å skjerme vedkommende på en skånsom måte. En av deltakerne forteller at det er veldig personlig, og at pleierne skal ivareta pasientenes bluferdighet. En av de andre deltakerne opplever det å bli utsatt for fysisk utagering som mest utfordrende. Deltakeren forteller at det er vanskelig å ikke bli berørt når man selv får smerter, selv om personen er syk og ikke mener det. En annen deltakerne forteller:

*«Atferden var så vekslende. Personen ble så sint på meg og ville slå meg og mine kollegaer, det var ikke det som var vanskelig. Det som var vanskelig var at vi ikke klarte å hjelpe vedkommende i hans frustrasjon og sinne. Vi klarte ikke å få tak på hva det var, vi klarte ikke å trygge han».*

Sitatet illustrerer at det som oppleves som mest utfordrende i situasjonen ikke var selve atferden, men å ikke komme i posisjon til å hjelpe.

#### 4.3.2 Reaksjoner hos personalet

Deltakerne forteller at det kan være krevende å møte utfordrende situasjoner daglig. De gir ulike beskrivelser på hva utfordrende atferd kan gjøre med deres følelser.

Deltakerne forteller at desto mer erfaring man får med å møte utfordrende atferd, desto mer kan det hjelpe dem å håndtere egne følelser. Selv om alle deltakerne har flere års erfaring innen feltet er det likevel en del hendelser som setter seg litt ekstra hos dem. En deltaker forteller:

*«Det var liksom fra det ene til det andre, sånn følelsesmessig så var jo jeg oppkavet å bare «ååååh, herregud» for jeg var jo rød rundt halsen og hadde merker etterpå, så det var jo ordentlig kvelertak. Så det var kanskje litt utfordrende for meg selv da, at jeg måtte skifte situasjon, så du kan ikke la følelsene liksom ta overhånd».*

Deltakeren skildrer en situasjon der pasienten plutselig endret atferd fra å være helt rolig til å ta kvelertak på deltakeren. Hun forteller at hun i etterkant av situasjonen reflekterte over hva som kunne vært årsaken, og hun tror det var for at pasienten skvatt i tilnærmingen. Videre forteller deltakeren at hun var litt spent på hva hun ville føle i møte med pasienten neste dag, men at det hadde gått helt fint. Deltakeren forteller:

*«Det er også det at man klarer å skille den utfordrende atferden, det er viktig. At du ikke får et sånn horn i siden til pasienten. Det er viktig at man skaper en ny dag».*

Sitatet illustrerer at med forståelse av hvorfor atferden kan bli utfordrende, kan det hjelpe pleierne i å håndtere egne følelser bedre.

En deltaker forteller at det er noen følelser hun synes er ekstra vanskelig å håndtere og det er å se hvor vondt noen av pasientene har det følelsesmessig. Deltakeren forteller videre at det er spesielt når hun ser fortvilelsen over de som lengter hjem og de som leter etter barna eller foreldrene sine. En annen deltaker forteller at selv om hun har lang erfaring kjenner hun ofte på en frustrasjon når hun ser at pasienten har det vanskelig. Begge deltakerne forteller at det som gjør det enda verre for dem er når de opplever at de ikke strekker til for å hjelpe pasientene i disse situasjonene.

#### 4.3.3 Refleksjon hjelper på utfordringer i hverdagen

Deltakerne forteller at de har gode rutiner for bruk av refleksjon på avdelingene der de jobber. Refleksjon bruker de når de føler behovet er der. Deltakerne forteller at det kan være av ulike årsaker de reflekterer. De kan reflektere sammen med en kollega eller i grupper. En deltaker forteller at de tilpasser refleksjon etter behov, deltakeren sier videre at det kan være forskjellig fra dag til dag hva de reflekterer om. Det kan være alt fra at de har behov for å reflektere om

hva som kan være årsakene til en atferd eller at en i personalgruppen har opplevd en utfordrende situasjon som vedkommende har behov for å snakke om.

Deltakerne trekker fram at det er viktig å støtte hverandre i hverdagen. En deltaker forteller:

*«Vi er veldig flink til å dele erfaringene våre med hverandre. Dersom noen får til en god samhandling med en pasient som andre har utfordringer med, deler vi erfaringene med hverandre. Vi spiller hverandre god».*

Sitatet illustrer hvordan personalet i hverdagen deler erfaringer og synspunkter med hverandre for å gjøre hverdagen bedre, både for seg selv og for pasientene. En annen deltaker forteller at refleksjon i etterkant av en utfordrende hendelse kan hjelpe henne med å forstå årsaken til atferden. Deltakeren forteller:

*«Det å gjennomgå en situasjon med kollegaer i etterkant kan hjelpe meg med å forstå hva jeg kanskje gjorde galt i tilnærmingen som gjorde sånn at atferden forverret seg».*

En annen deltaker forteller at refleksjon også kan hjelpe på å bedre noen av personalets negative holdninger til pasientene. Deltakeren forteller at hun ved flere anledninger har opplevd at pleiere sier at de ikke tolerer å bli slått av pasientene eller at de ikke lar seg bli behandlet på den måten. Videre sier deltakeren at ved hjelp av refleksjon og deling av kunnskap og erfaring så løsner som regel disse mulige negative holdningene opp. En annen deltaker forteller at refleksjon på avdelinger der de møter utfordrende atferd er nødvendig. Deltakeren forteller videre at hun aldri hadde taklet å jobbe med utfordrende atferd dersom hun ikke hadde fått reflektere over det daglig. Det er veldig belastende og behovet for støtte av kollegaer er viktig, ifølge deltakeren.

## 5. Diskusjon

Hensikten med studien var å få mere kunnskap om hvordan sykepleiere møter personer med demens med utfordrende atferd i forsterket skjermet enhet på sykehjem. Resultatene fra studien vil i dette kapitlet bli diskutert med utgangspunkt i studiens problemstilling, teoretiske utgangspunkt og tidligere forskning, samt en del annen litteratur som er relevant for å diskutere resultatene. Diskusjonskapitlet tar for seg hver av hovedkategoriene fra resultatkapitlet.

### 5.1 Å bli kjent med pasienten

Resultatene fra denne studien viser at deltakerne framhever at grunnlaget for en god samhandling i møte med personer med demens som har utfordrende atferd er å ha personen i fokus ved å lære seg å kjenne pasienten, både i form av pasientens tidligere liv, kroppsspråk og måten å reagere på i ulike situasjoner. I tillegg til å kjenne pasienten forteller deltakerne at personalet må ha kunnskaper om hva demens er og hvorfor atferden til personer med demens kan bli utfordrende.

#### 5.1.1 Historien om pasienten

Studiens resultater viser at for å lære seg pasienten å kjenne vektlegger deltakerne nødvendigheten med å ha personen i fokus ved å ha kunnskaper om pasientens tidligere liv. Samtlige av deltakerne forteller at bruk av livshistorie er et av de viktigste verktøyene de har i hverdagen. Dette resultatet bekreftes også av funnene i artikkelen til Grøndahl et al. (2017) der det viser seg at bruken av livshistorie kan bidra til vedlikehold av personen med demens som en hel person i stedet for en «dement pasient» (Grøndahl et al., 2017) .

Deltakerne forteller at i pasientenes livshistorie er det nedtegnet alt fra tidligere yrke, vaner, interesser, familierelasjoner til tidligere hendelser i livet. Både å ha kjennskap til pasientens personlighet, ved å ha kunnskaper om hvordan personen har vært tidligere i livet, og ha kunnskaper om livshistorien, er begge deler av Kitwood (1999) sin utvidede demensmodell for å forstå demens. De beskrives som bokstavene P for personlighet og L for livshistorie. Sosiale relasjoner er også noe deltakerne fortalte at var nedtegnet i livshistorien, blant annet om pasientens familierelasjoner og nære venner. Sosiale relasjoner betegnes med bokstaven S i Kitwoods utvidede demensmodell (Kitwood, 1999). Hvor godt utfylt livshistoriene til

pasientene er utypet ikke deltakerne, men forsker fikk inntrykk av at deltakerne hadde tilstrekkelig med kunnskaper om pasientenes livshistorie ut fra beskrivelsene de ga.

Etter hvert som demenssykdommen utvikler seg, blir det vanskelig å holde fast på historiene fra eget liv og det som har vært med på å forme deres identitet (Brooker, 2013). Deltakerne gir beskrivelser på hvordan de tar i bruk informasjon fra livshistorien for å skape trygghet ved å bekrefte for personen hvem de er. De forteller blant annet at livshistorien kan hjelpe pleiepersonalet med å tolke atferd og samtidig brukes som avledning i utfordrende situasjoner. En av deltakerne forteller at livshistorien til personer med demens danner grunnlaget for å skape tillitt og danne en god relasjon.

Ifølge Brooker (2013) er det helt avgjørende å forstå bakgrunnen til en person med demens for å kunne gi personsentrert omsorg. Noen pasienter kan ha vært i sårbare situasjoner eller hatt traumatiske opplevelser tidligere i livet. Disse hendelsene kan gjenoppleves dersom sykdommen vekker følelser som minner om dem de hadde den gangen (Brooker, 2013). Etter hvert som demenssykdommen utvikler seg kan flere av pasientene veksle mellom fortid og nåtid, noe som kalles for tidsforskyvning. Pasientene forholder seg til omgivelsene her og nå ut fra en subjektiv opplevelse av at de befinner seg tilbake i tid (Rokstad, 2014). Eksempler på dette kan være at de går å leter etter sine barn, som de tror er små, at de spør etter mennesker som er døde eller de kan ha en atferd som om at de er tilbake i barndommen eller sitt tidligere yrke.

Bruk av tiltaksplaner som et ledd i å ha kjennskap til pasienten er også noe flere av deltakerne trekker fram. Studiens resultater viser at deltakerne bruker tiltaksplanene for å skape en oversikt over hvordan pasientene liker å ha det, eksempelvis under morgenstellet. Ifølge deltakerne kan bruk av tiltaksplaner hjelpe til slik at pleiepersonalet jobber mest mulig likt, noe som deltakerne opplever at er med på å skape forutsigbarhet og trygghet for pasientene. En annen deltaker opplever at tiltaksplanene kan bli utrolig lange ved at det er så mange variabler hos pasienter som har utfordrende atferd. Deltakeren forklarer at det kan være vanskelig å si at det funker og det funker ikke. Videre gir deltakeren en beskrivelse av at for å bli kjent med pasientene må pleiepersonalet være sammen med dem over tid. Personalet må observere hvordan de responderer og hvordan kroppsspråket og blikket er i ulike situasjoner.

Av egen erfaring kan det etter hvert som pleiepersonalet lærer seg å kjenne pasienten bedre være nyttig å utarbeide en tiltaksplan som kan vise hva pasienten foretrekker og ikke. Det kan hjelpe å ta en samtale med pårørende om hvilke vaner pasienten har hatt fra tidligere, det kan

være alt fra morgenstell til andre daglige rutiner (Tretteteig, Tangen & Storjord, 2016). Det kan nok hende at det er dager som tiltaket som var nedskrevet ikke fungerte like godt, det er mange nyanser i å jobbe med mennesker, ingen dager er like. Det kan eksempelvis være noe i pleiepersonalets tilnæringsmåte som ikke fungerer. Tilnærming som knyttes til hver enkelt pasient bør gjennomføres på samme måte, men må vurderes ut ifra den aktuelle situasjon (Støback, 2014). For å gjennomføre tilnærminger likt kan det være nyttig å ha tiltaksplaner. Etter hvert som pleiepersonalet får bedre kjennskap til pasienten over tid vil de mest sannsynlig vite hva som fungerer uten å lese i tiltaksplanen. Samtidig er det viktig å reflektere over tiltakene, dersom det er noe i tiltaksplanen som er skrevet ned pleiepersonalet ser at ikke fungerer over tid, er det sannsynligvis behov for endringer. Denne prosessen bør være dynamisk og pleiepersonalet må være flinke til å foreta erfaringsutvekslinger og refleksjoner og sørge for at tiltak blir oppdatert dersom det skjer endringer. Refleksjoner blir diskutert senere i kapitlet.

#### 5.1.2 Atferd som kommunikasjon

Studiens resultater viser at samtlige deltakere trekker fram nødvendigheten med å ha kunnskaper om hva demens er, hvordan den utvikler seg og hvilke konsekvenser dette kan få for pasienten. Å ha kunnskaper om den hjerneorganiske svikten som skjer ved demenssykdom er en del av Kitwood sin utvidede demensmodell, og betegnes ved bokstavene HS. Det framkommer i studiens resultater at samtlige deltakere gir beskrivelser som viser at de har gode kunnskaper på dette området (Kitwood, 1999).

I resultatene viser det seg at deltakerne spesielt vektlegger forståelse av atferd som kommunikasjon. Kitwood beskriver at et av hovedfokusene i personsentrert tilnærming til personer med demens er å møte utfordrende atferd som en måte for personen å kommunisere på (Kitwood, 1999). Ettersom den kognitive svikten forverres ved demenssykdommen blir det nonverbale språket enda viktigere enn før. Kroppsspråket bidrar til størstedelen av det mennesker uttrykker, og det er viktig å være det bevist i møte med personer med demens (Rokstad, 2014).

I studiens resultater framkommer det at samtlige deltakere hevder at atferdsendringer ofte har en bakenforliggende årsak. Det viser seg også at alle deltakerne gir beskrivelser av en form for eliminasjonsmetode de tar i bruk for å finne bakenforliggende årsak. Deltakerne starter med å utelukke at pasienten ikke har noen somatiske plager. Ifølge Kitwood (1999) er det viktig å kjenne til personer med demens sin helse. Endringer i atferd kan ofte være et tegn på

somatiske plager, det er viktig at disse tegnene ikke mistolkes som en del av tilleggssymptomer i en demensutvikling. Kunnskap om pasientens helse, H, er også en del av Kitwood (1999) sin utvidede demensmodell. Faren ved å mistolke et tegn på somatiske plager kan være at istedenfor å gi pasienten en behandling for sine plager blir det gitt beroligende medikamenter, dette kan være med på å overskygge pasientens egentlige plager. Dette poengterer igjen nødvendigheten med å ha kunnskaper om demenssykdommens symptomer, samt at atferd er en måte å kommunisere på. Dette eksemplet blir trekt fram av en av deltakerne i studiens resultater.

Resultatene fra studien viser også at dersom ikke det gjøres noen funn gjennom den somatiske elimasjonsmetoden går deltakerne over til vurderingen om atferden kan være uttrykk for noe annet. De trekker fram blant annet tidsforskyvning ved å fortelle at personer med demens ofte kan ha en annen virkelighetsoppfatning som er i tråd med hendelser fra tidligere i livet. Flere av deltakerne nevner også andre årsaker til at atferden kan bli utfordrende, de forteller at det kan være alt fra at pasienten er sulten, må på toalettet til at de har behov for trygghet og nærhet. Det framkommer i resultatene at deltakerne reflekterer godt rundt hva bakenforliggende årsaker til utfordrende atferd kan være ved at de virker engasjerte og gjør gode refleksjoner rundt temaet. Empati og nysgjerrighet for hvorfor atferden oppstår grunnleggende holdninger i møte med personer med demens som har utfordrende atferd (Tretteteig, 2016).

Beskrivelsene deltakerne gir i studiens resultater er i tråd med Sellevold et al. (2013) sin artikkel der det framkommer at god omsorg til personer med demens blant annet kan beskrives gjennom pleiepersonalets evne til å forstå hva pasienten uttrykker gjennom å tolke pasientens kroppslige og følelsesmessige uttrykk (Sellevold et al., 2013). Resultatene samsvarer også med teorien til Kitwood (1999) om at atferd som kommunikasjon er sentralt i personsentrert omsorg.

Faren for at den utfordrende atferden øker er stor dersom personalet ser på atferden som en vesentlig del av demenssykdommen. En typisk holdning for dette kan være at det er ingenting som kan gjøres, problemet må bare håndteres (Brooker, 2013). Eksemplene kan sees i sammenheng med ondartet sosialpsykologi, dersom personens behov eller rettigheter ikke blir tatt hensyn til vil personverdet bli undergravet, det kan gi økt mistriivsel som igjen kan føre til ulike former for utfordrende atferd (Kitwood, 1999). Reaksjoner som kan oppstå i slike tilfeller er blant annet tvangstiltak, atferdskontroll, medisinerer eller en kombinasjon av alle disse tre faktorene (Brooker, 2013). Dette kan være et tegn på manglende kunnskaper om å

forstå demens. Brooker (2013) sier at årsakene til utfordrende atferd vanligvis kan forstås gjennom bruken av den utvidede modellen for demens. Ingen av deltakerne nevner Kitwood (1999) sin utvidede demensmodell for å forstå demens. Likevel viser det seg gjennom resultatene at deltakerne gir gode beskrivelser på nødvendigheten av å ha kunnskaper om demenssykdommen og kjennskap til pasienten. Det viser seg også at de bruker alle elementene i den utvidede demensmodellen. HS for forståelse av den hjerneorganiske svikten, H for pasientens helse, L for livshistorie, P for personlighet og S for sosiale relasjoner.

### 5.1.3 Kartlegging av utfordrende atferd

Studiens resultater viser at dersom ikke deltakerne finner bakenforliggende årsaker til den utfordrende atferden tar de i bruk kartleggingsverktøy som hjelpemiddel. Det viser seg at mengdekartlegging er det de fleste av deltakerne kjenner best til.

Ifølge deltakerne er det av ulike årsaker mengdekartleggingsskjemaet tas i bruk. Det kan være for å få en oversikt over hyppigheten av en type atferd, registrering av søvn eller det kan være for å få en oversikt over hvordan pasienten responderer på nyoppstartede medikamenter. Mengdekartlegging av atferd gir en oversikt over hvor hyppig, hvilken tid på døgnet og varighet det er på den type atferd som er ønskelig å observere. Svakheten ved å bare ta i bruk mengdekartlegging kan være at den ikke gir noen tydelig beskrivelse av hva som gjorde situasjonene utfordrende, den gir bare en oversikt av hvilken type atferd og når tid på døgnet, samt varighet. Ifølge Mæland et al. (2013) er systematisk kartlegging, identifisering og en nøyaktig beskrivelse av utfordrende atferd hos personer med demens helt sentralt for å kunne forstå og behandle de på en best mulig måte. Uten systematisk kartlegging og mangelfull dokumentasjon kan det bli mye muntlig synsing og mening blant pleiepersonalet, noe som kan gi ulik forståelse og oppfatning av hvorfor den utfordrende atferden oppstår og hvilke tiltak som bør igangsettes (Rokstad, 2014). En deltaker trekker fram denne svakheten med bare å bruke mengdekartlegging. Deltakeren viser til bruken av situasjonskartlegging, i tillegg til mengdekartleggingen. Ifølge deltakeren gir situasjonskartleggingen en bedre oversikt enn mengdekartleggingsskjema. Den gir også en bedre forståelse av hvorfor atferden oppstår ved at det beskrives hva som skjedde i forkant av situasjonen, hvilken situasjon og atferd, samt hvordan situasjonen ble løst. Støback (2015) viser til at kartlegging av atferd inneholder tre faser: mengdekartlegging, situasjonskartlegging og analyse av kartlegging, som inneholder diskusjon av forståelse og beskrivelse av tiltak. For å få et mer helhetlig bilde av hele situasjonen som trenger å kartlegges bør disse tre elementene sees i sammenheng (Støback, 2015).



Forskerens egne betraktninger gir en opplevelse gjennom det deltakerne beskriver at dersom pleiepersonalet kjenner pasienten godt klarer de som oftest å vurdere seg fram til hva årsaken til atferden kan være. De tar kun i bruk kartlegging dersom det er en ny type atferd de ikke klarer å eliminere seg fram til. Det framkommer i resultatene at begge avdelingene aktivt bruker erfaringsutveksling og refleksjoner, dette kan være et viktig ledd i forståelsen av bakenforliggende årsaker til utfordrende atferd.

## **5.2 Tilnærmingen må tilpasses hver enkelt**

Det framkommer i studiens resultater at når deltakerne skal møte personer med demens som har utfordrende atferd tilpasser de tilnæringsmåten ut fra hele bildet av situasjonen. Det er noen grunnleggende momenter deltakerne alltid tar med seg inn i møtene, dette kommer fram i resultatene. Samtidig viser det seg også at deltakerne alltid er forberedt før de går inn i et møte som kan være utfordrende.

### **5.2.1 Den grunnleggende tilnærmingen**

I studiens resultater viser det seg at samtlige deltakere trekker fram at det grunnleggende i tilnæringsmåten til personer med demens er først og fremst å kjenne pasienten og tilpasse tilnæringsmåten ut fra det. Dette er allerede beskrevet i første hovedkategori. Videre viser det seg i resultatene at deltakerne er sitt eget kroppsspråk bevist i tilnærmingen til personer med demens med utfordrende atferd. Deltakerne trekker fram at denne bevisstheten også må være tilstede for å forebygge utfordrende atferd. En liknende beskrivelse er funnet i resultatene til Helgesen (2013) som har undersøkt pasientmedvirkning i dagliglivets aktiviteter på skjermet enhet for personer med demens. Der viser det seg at tilstedeværelse fysisk, mentalt og moralsk av pleiepersonalet er en forutsetning for pasientmedvirkning. Det beskrives tre ulike nivåer der den ene er fysisk tilstedeværelse, som innebærer at pleiepersonalet er fysisk tilstede, den andre er mental tilstedeværelse, som krever tilstedeværelse med alle sanser basert på kunnskap og kompetanse, og den tredje er moralsk tilstedeværelse, som ble forstått som fullstendig tilstedeværelse basert på de to andre nivåene (Helgesen, 2013). For å dra en sammenlikning med Helgesen sine funn beskriver deltakerne i denne studien at de har med seg kunnskaper og kompetanse inn i måten de tilnærmer seg pasienten på, dette kan sees på som den mentale tilstedeværelse knyttet til den fysiske tilstedeværelsen. Det vil si at deltakerne i denne studien tar i bruk en fullstendig tilstedeværelse i sin tilnærming til personer med demens som kan ha utfordrende atferd.

I resultatene til Helgesen (2013) viste det seg også at personalets kroppslige tilstedeværelse kunne ha en negativ effekt på beboerne dersom nærværet mentalt og moralsk manglet (Helgesen, 2013). I noen tilfeller kan det vise seg at pleiepersonell, eller andre i omgivelsene, kan provosere frem eller forsterke en utfordrende atferd gjennom bruk av ord og kroppslig tilnærming (Støback, 2014) noe som bekreftes av Cohen – Mansfield et al. (2007) som sier at hendelser med fysisk aggresjon ofte er fremprovosert av hvordan de ansatte henvender seg til pasienten (Cohen-Mansfield, Libin & Marx, 2007).

Nonverbale signaler som kroppsspråk, ansiktsuttrykk, tempo og stemmeleie, bidrar til størstedelen av det vi uttrykker (Rokstad, 2014). Deltakerne gir beskrivelser på at de alltid beveger seg rolig mot pasienten, at de bruker et avslappet tempo. Et avslappet tempo er vesentlig i møte med personer med demens, de kan ofte ha lang latenstid og trenger derfor tid på seg for å avgi respons (Støback, 2014). Et par av deltakerne trekker fram at i tillegg til et rolig tempo smiler de mye. Å smile er inkluderende ved at det viser aksept og signaliseres at alt er i orden, det er også med på å opprettholde og holde på en kontakt (Rokstad, 2014).

Resultatene viser at noen av deltakerne trekker fram at pleiepersonalet må vise trygghet ovenfor pasienten i tilnærmingen. Spesielt dersom pasienten befinner seg i en vanskelig situasjon, noe de ofte gjør når atferden er utfordrende. Personer med demens har behov for støtte fra omgivelsene for å oppleve trygghet og verdighet (Rokstad, 2014). I resultatene kommer det fram fra noen av deltakerne at dersom pleiepersonalet ikke vet hva de skal gjøre i situasjoner der atferden er utfordrende kan situasjonen bli enda verre for pasienten. Det kan være en stor utfordring for pleiepersonell å ta hensyn til denne utryggheten og skape en opplevelse av tillitt for personer med demens (Rokstad, 2014). Ifølge deltakerne kan dette ofte sees dersom pleiepersonalet er ny og uerfaren. Å vise trygghet i utfordrende situasjoner hevder en av deltakerne at handler om erfaring. Hva som legges i begrepet erfaring kan være vanskelig å beskrive, ifølge deltakeren handler det om å ha opplevd liknende situasjoner tidligere slik at de ofte vet hvilke tiltak som fungerer. Erfaringskunnskap kan i denne sammenhengen relateres til det som tidligere er beskrevet av deltakerne, om både det å ha kunnskaper om demens og kjentskap til pasienten, samt å vite hvilke tilnæringsmåter som fungerer og hvordan pasienten responderer på ulike tiltak.

Det viser seg i resultatene at validering er noe flere av deltakerne trekker fram at de anvender for å gi pasientene en trygghetsfølelse. Ikke bare gir de en trygghetsfølelse, men det viser seg i studiens resultater at ved å bruke validering imøtekommer deltakerne flere av de grunnleggende psykologiske behovene som er illustrert av Kitwood (1999). De fem

grunnleggende behovene er, som beskrevet tidligere: *trøst, tilknytning, identitet, inklusjon og beskjeftigelse*. Deltakerne beskriver blant annet at de bruker validering til å gi anerkjennelse for pasientens virkelighetsoppfatning for å skape trygghet i en situasjon som oppleves som vanskelig for pasienten. Dette kan igjen gi en følelse av *tilknytning* ved at pleierne gir pasienten en opplevelse av trygghet. Deltakerne beskriver også at de bruker validering for å bekrefte overfor pasienten at de ser at vedkommende er lei seg for så å imøtekomme behovet for *trøst*. En deltaker trekker fram at ved hjelp av validering kan hun hjelpe pasienten med å bekrefte hvem vedkommende er, møte pasienten i det vedkommende føler og på den måten styrke pasientens *identitet*. Ingen av deltakerne nevner Kitwood (1999) sin teori om grunnleggende psykologiske behov, likevel viser resultatene at tre av de fem grunnleggende psykologiske behovene blir dekket ved hjelp av validering.

### 5.2.2 Å være forberedt

Studiens resultater viser at deltakerne gir en beskrivelse på at de i tilnærmingen må være forberedt på at en plutselig atferdsendring kan forekomme. Noen av deltakerne beskriver at de hele tiden er observant på sitt eget kroppsspråk, samt pasientens kroppsspråk og ansiktsuttrykk. Dette resultatet samsvarer med funn som er gjort i studien til Thorvik et al. (2014) der det kom fram at de ansatte har en kontinuerlig årvåkenhet for raske skiftninger i pasientens tilstand eller for hva pasienten prøver å uttrykke gjennom kroppsspråk.

I resultatene viser det seg også at noen av deltakerne trekker fram at de alltid må være forberedt ved å ta en risikovurdering før de skal møte en pasient som de vet kan ha en atferd i form av fysisk utagering. Igjen viser deltakerne til nødvendigheten med å ha kjennskap til pasienten de skal møte i forkant slik at de vet hvilke tiltak de raskt kan ta i bruk dersom det oppstår situasjoner med fysisk utagering.

En deltaker beskriver at hun bruker validering dersom hun merker at en agitasjon begynner å bygge seg opp. Da møter hun pasienten i frustrasjonen ved at hun beklager seg og sier unnskyld, noe deltakeren ofte har inntrykk av at fungerer godt. Dette resultatet kan sees i sammenheng med at det ofte kan være noe i pleiepersonalets tilnærming som kan utløse en form for utfordrende atferd (Støback 2014). Dersom situasjonen løser seg når deltakeren beklager og bekrefter pasientens opplevelse av frustrasjon, kan det tyde på at det var noe i tilnæringsmåten som ikke fungerte helt bra. En annen måte utfordrende atferd kan møtes på, som framkommer i resultatene, er å gjøre et pleierbytte dersom situasjonen ikke løser seg. Da kan også en av årsakene være at det var noe i tilnærmingen som ikke fungerte så godt.

Forskerens egne erfaringer fra praksisfeltet har vist at det ikke alltid er like lett å være klar over hva som kan skjære seg i tilnæringsmåten og føre til utfordrende atferd. Særlig ikke i de situasjonene der kjennskapet til pasienten er god og samhandlingen som oftest går veldig bra. I slike tilfeller kan det være nyttig å reflektere med kollegaer, det kan være nyanser som en selv ikke klarer å se.

Når det gjelder bruk av beroligende medikamenter i utfordrende situasjoner viser studiens resultater at samtlige deltakere hevder at alt annet av tiltak må være forsøkt først. I en studie av Selbæk et al. (2008) viser det seg at medikamentell behandling som er rettet direkte mot utfordrende atferd har begrenset effekt (G. Selbæk, Kirkevold & Engedal, 2008). Ifølge Støback (2014) kan vi behandle noen årsaker til utfordrende atferd, når bakgrunnen for eksempel er smerter. Dersom atferden oppstår på bakgrunn av savn, sorg eller frustrasjon er det en helt annen tilnæringsmåte enn bruk av beroligende medikamenter som må tas i bruk, da kan blikket blant annet løftes mot Kitwood (1999) sin teori om grunnleggende psykologiske behov. Ifølge Lichtwarck (2015) sin modell, mulige årsaker og tolkninger av utfordrende atferd (illustreres på side 10 i oppgaven), viser det seg at de fleste faktorene er mulige å påvirke. Ingen av faktorene viser nødvendigheter med å bruke beroligende medikamenter for å la seg påvirke. Behovene for å imøtekomme faktorene bør heller bestå av en utvidet forståelse av demens og utfordrende atferd ved at det tas i bruk miljøbehandling eller andre tiltak som vil kunne påvirke disse faktorene. Det er også viktig å være klar over at det kan være flere årsaker til utfordrende atferd på en og samme gang og at det kanskje må settes inn flere tiltak (Lichtwarck, 2018). Dette krever ulike former for kunnskap om demens og utfordrende atferd, noe som er beskrevet tidligere i resultatkapitlet.

### **5.3 Personalets opplevelse av utfordrende atferd**

I studiens resultater kommer det fram at samtlige deltakere møter situasjoner med utfordrende atferd daglig. Det viser seg at det er ulikt hvilken atferd deltakerne opplever som mest utfordrende. Studiens resultater sier også noe om hvilke reaksjoner deltakerne kan føle på når de møter situasjoner med utfordrende atferd, samt at de opplever at bruk av refleksjon kan hjelpe dem med å takle ulike utfordringer. I diskusjonen har de to første sub-kategoriene blitt slått sammen for å gi en mer helhetlig diskusjon.

#### **5.3.1 Atferd som oppleves som utfordrende og reaksjoner hos personalet**

Studiens resultater viser at deltakerne opplever det som krevende å møte utfordrende situasjoner daglig. I studien til Rognstad og Nåden (2011) om utfordringer og kompetanse i demensomsorgen, viser det seg at deltakerne vektlegger at det elementære i å kunne håndtere utfordrende atferd er å ha kunnskaper på området.

Resultatene i denne studien viser at deltakerne framhever det med å ha kunnskaper og erfaring innen fagfeltet for å takle utfordrende situasjoner. Flere av deltakerne vektlegger at jo mer erfaring og kunnskaper de har, desto bedre takler de utfordrende situasjoner. Selv om deltakerne forteller at de takler situasjoner bedre med hjelp av kunnskaper og erfaring, gir de også beskrivelser på at det er noen former for atferd de opplever som mer utfordrende enn andre, og at det er noen hendelser som setter seg litt ekstra.

Studiens resultater viser at to av deltakerne trekker fram at den atferden de opplever som mest utfordrende er seksuell atferd. De beskriver at det som er utfordrende er å avlede pasienten ut av situasjoner der vedkommende berører seg selv foran andre medpasienter eller pårørende i fellesområder. De forteller at å skulle skjerme pasienten på en skånsom måte er vanskelig, da seksualitet er forbundet med noe veldig privat og de ønsker å bevare pasientens bluferdighet. Det er ikke nytt at seksuell atferd hos personer med demens oppleves som utfordrende av pleiepersonell (Christensen & Eriksen, 2016). Studier har vist at pleiepersonell ofte er intolerante når det gjelder seksuell atferd hos personer med demens (McAuliffe, Bauer & Nay, 2007) .

Dersom den seksuelle atferden, som oppleves som utfordrende av personalet, blir sett på som et grunnleggende behov som ikke blir dekket, vil det kanskje åpne opp for å finne løsninger som kan imøtekomme pasientens behov. Selv om en demenssykdom utvikler seg betyr ikke det at pasientens seksuelle behov forsvinner, det som ofte kan skje er at pasienten mister den vanlige sosiale forståelsen av hva som er passende seksuell tilnærming overfor andre. Det er viktig at pleiepersonalet er dette bevisst og at de på best mulig måte forsøker å tilrettelegge slik at pasienten får ivaretatt sitt seksuelle behov (Christensen & Eriksen, 2016).

En annen deltaker opplever at atferd i form av fysisk utagering er den som oppleves som mest utfordrende. Deltakeren vektlegger at det er vanskelig å ikke bli berørt selv dersom han eller hun blir påført smerte av pasienten. At de fleste deltakerne kom til å beskrive utfordrende atferd i form av fysisk utagering som den atferden de opplever som mest utfordrende var en forforståelse forskeren hadde med seg inn i studiet. Av erfaring er det ofte denne formen for atferd som beskrives som mest utfordrende å møte for pleiepersonell som forsker har møtt i

praksis. Resultater fra denne studien viser at det kun er en av deltakerne som opplever at den atferden som er mest utfordrende er fysisk utagering.

I resultatene framkommer det at deltakerne viser at de har gode kunnskaper om forståelse av demens og kjentskap til pasienten. Kunnskapene tar de med seg inn i måten de tilnærmer seg pasientene på. At disse kunnskapene er nødvendig å inneha for kunne ivareta personer med demens med utfordrende atferd på en god måte er, som nevnt tidligere, godt dokumentert i tidligere studier og teorier om personsentrert omsorg (Brooker, 2013; Kitwood, 1999; Lichtwarck et al., 2018; Rokstad, 2014; Rokstad et al., 2013; Spector et al., 2013). At deltakerne har denne kunnskapen kan være en av de mulige årsakene til at de ikke opplever den fysiske utagering som den mest utfordrende atferden. Det de fleste av deltakerne derimot trekker fram som oppleves som mest utfordrende er følelsene de kjenner på når de ser hvor vondt noen av pasientene har det følelsesmessig i utfordrende situasjoner. Det kan være alt fra når de viser fortvilelse av å lengte hjem, når de leter etter barna eller foreldrene sine. Det viser seg i resultatene at det som oppleves som aller verst for noen av deltakerne er følelsen av å ikke strekke til for å kunne hjelpe pasientene i slike situasjoner. Forsker har ikke lyktes med å finne studier som sier noe om hvordan pleiepersonalets følelser kan preges av å se at personer med demens har det følelsesmessig vondt. Doas (2011), derimot, sier noe om at å ha forståelse for sin egen emosjonelle kompetanse. Dersom sykepleieren har forståelse for sin egen emosjonelle kompetanse kan det hjelpe sykepleieren i refleksjonen over egne erfaringer. Det å være bevisst sine egne følelser som kan oppstå i situasjoner når pleierne ser at pasienten har det vanskelig, samt å reflektere over disse følelsene, kan hjelpe pleieren på flere måter. Ved å reflektere over dette gjennom egenrefleksjon over egne følelser og sammen med kollegaer er det tenkelig at sykepleieren kan bli i bedre stand til å hjelpe pasienten (Doas, 2011).

### 5.3.3 Refleksjon hjelper på utfordringer i hverdagen

Det framkommer i studiens resultater at deltakerne opplever støtte i hverdagen ved å bruke både erfaringsutveksling og refleksjon sammen med kollegaer, det viser seg også at deltakere opplever at deres avdelinger har gode rutiner på dette. Det å føle støtte, spille hverandre god, reflektere og jobbe i et felleskap blir støttet opp av *fokus på personalets forutsetninger og ferdigheter i arbeidet* som er et av de fire elementene i teorien til McCormack og McCance for å kunne etablere en personsentrert omsorgskultur (McCormack & McCance, 2006).

Resultatene viser at deltakerne tilpasser refleksjonen etter behov, noen ganger reflekterer de sammen med en kollega og andre ganger reflekterer de i en større personalgruppe.

Refleksjonene kan inneholde alt fra bakenforliggende årsaker til en utfordrende atferd til at en i pleiepersonalet har vært i en utfordrende situasjon som vedkommende har behov for å reflektere over. Det kommer fram fra flere av deltakerne at de bruker refleksjon for å dele synspunkter og erfaringer med hverandre for å gjøre hverdagen bedre, både for seg selv, kollegaer og pasienter.

Ifølge Donald A. Schön (1987) utvikles ekspertise gjennom refleksjon. Han skiller mellom *refleksjon over handling*, der det reflekteres i etterkant av handlingen, og *refleksjon i handling* der en tenker over hva en gjør mens en gjør det (Schön, 1987). Resultatene viser at de fleste av deltakerne viser til *refleksjon over handling*. I sub-kategorien om reaksjoner hos personalet ga en av deltakerne en beskrivelse av en situasjon som det hjalp på å reflektere over i etterkant. Deltakeren opplevde å bli tatt kvelertak på av en pasient. Deltakeren fortalte at på bakgrunn refleksjonen i etterkant fikk hun en forståelse over hva som kunne vært årsaken til at pasienten reagerte som vedkommende gjorde. Det hjalp henne med å forstå at hun kanskje gjorde noe galt i tilnæringsmåten som førte til at pasienten skvatt.

En deltaker forteller at hun ofte kan oppleve at det virker som om at enkelte i pleiepersonalet kan uttrykke at de ikke tolererer å bli slått på jobb eller at de ikke lar seg blir behandlet på den måten av pasienten. Deltakeren opplever at refleksjon med deling av kunnskap og erfaring kan være med på å løsne opp disse holdningene. Det viktig å være oppmerksom dersom det observeres at noen i pleiepersonalet uttrykker slike holdninger, det vil da være nødvendig med refleksjon med kollegaer for å få løsnet opp i det (Støback, 2014). Eksemplene som framkommer i resultatene kan sees i sammenheng med Schön (1987) sin teori om at ekspertise utvikles gjennom refleksjon. Deltakerne bruker refleksjon til å spille hverandre god for å gjøre omsorgspraksisen bedre.

TID – intervensjonsmodell og VIPS – praksismodell er to metoder som bygger på implementering av personsentrert omsorg i praksis. Studier har vist at effekten ved bruk av en av disse metodene er at det skjer en reduksjon i utfordrende atferd (Lichtwarck et al., 2018; Rokstad et al., 2013). Sentralt i begge disse metodene er refleksjon. I VIPS – praksismodell skjer refleksjonen i det de kaller for fagmøte, og i TID – modellen kalles det for refleksjonsmøte. Det er ikke refleksjonen alene som gir denne effekten av reduksjon av utfordrende atferd, mer om metodene står i teorikapitlet, side 20.

Det framkommer i studiens resultater at refleksjon brukes som et viktig ledd for å kunne forstå bakenforliggende årsaker til utfordrende atferd, det viser seg også at ved en bedre forståelse av utfordrende atferd kan deltakerne tilpasse tilnæringsmåtene slik at møte og samhandlingen med pasienten blir bedre.



## **6. Oppsummering og veien videre**

### **6.1 Oppsummering**

Studiens hensikt var å framskaffe kunnskap om hvordan sykepleiere møter personer med utfordrende atferd i forsterket skjermet enhet på sykehjem.

Resultatene viste at sykepleierne fremhevet at grunnlaget i møte med personer med demens med utfordrende atferd er å ha kjennskap til pasienten gjennom pasientens livshistorie, kunnskaper om demens og forståelse av utfordrende atferd som kommunikasjon. Det viste seg også at dersom sykepleierne ikke klarte å finne noen klar bakenforliggende årsak til atferden valgte de å ta i bruk kartleggingsskjema.

Studien viste at tilnæringsmåten sykepleierne velger å bruke i møte med personer med demens med utfordrende atferd vurderer de ut i fra hele situasjonens bilde. Resultatene viste at sykepleierne fremhevet at det grunnleggende i tilnæringsmåtene var at de alltid er sitt eget kroppsspråk bevisst i måten de tilnærmer seg pasienten på. Det viste seg at sykepleierne tilpasset tilnæringsmåten til hver enkelt pasient på bakgrunn av kjennskapen de har til vedkommende og kunnskapen og forståelsen de har om demens. Ved å ha disse kunnskapene kjente sykepleierne seg også mer forberedt på hva de kunne oppleve i møte med pasientene. Ved å være forberedt viste det seg at sykepleierne kunne gjøre endringer underveis i tilnæringsmåten dersom de merket at en agitasjon begynte å bygge seg opp eller at en allerede oppstått utfordrende atferd eskalerte.

Studiens resultater viste at sykepleierne opplever det som krevende å møte på utfordrende situasjoner daglig, og at det kan være ulikt hvilke følelser de kjenner på i disse situasjonene. Det viste seg at sykepleiernes avdelinger har gode rutiner for bruk av refleksjon i hverdagen. Sykepleierne bruker refleksjon sammen med kollegaer til å søke støtte i situasjoner som oppleves utfordrende, og til kunnskap- og erfaringsutveksling for å kunne imøtekomme pasientens behov på best mulig måte.

### **6.2 Veien videre**

En mulig implikasjon fra denne studien kan være at sykepleiere og annet pleiepersonell som skal ivareta personer med demens med utfordrende atferd må tilstrebe seg kjennskap til

pasienten, kunnskap om hva demens er og forståelse for utfordrende atferd som kommunikasjon for å kunne imøtekomme pasientens behov på best mulig måte.

En del av studien resultater kan sees i samsvar med kjente teorier og studier som er gjort om effekten av personsentrert omsorg i praksis, dette er beskrevet i resultatkapittelet.

Personsentrert omsorg er en viktig del av hvordan personer med demens blir møtt av pleiepersonell (Kitwood, 1999). En annen implikasjon fra denne studien kan være å implementere personsentrert omsorg som verdigrunnlag der personer med demens blir ivaretatt.

I denne studien ble sykepleierne spurt om hvordan de møter personer med demens med utfordrende atferd. Studien har imidlertid ikke sett på hva sykepleierne faktisk *gjør* i møte med pasientene. Studier ved bruk av eksempelvis deltakende observasjon kan være med på å belyse slike spørsmål. En slik studie kan kanskje generere til nye problemstillinger for hvordan sykepleiere møter personer med demens med utfordrende atferd, som igjen kan bidra til videre forskning på området.

## Litteraturliste

- Brooker, D. (2013). *Personssentrert demensomsorg: veien til bedre tjenester*: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.
- Christensen, F. & Eriksen, S. (2016). Seksualitet, nærhet og demens. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka - en lærebok for helse- og omsorgspersonell*. Sandefjord: Forlaget Aldring og helse
- Cohen-Mansfield, J. (2005). Nonpharmacological interventions for persons with dementia : Treating behavioral symptoms. *Alzheimer's Care Quarterly*, 6(2), 129-145.
- Cohen-Mansfield, J., Libin, A. & Marx, M. (2007). *Nonpharmacological Treatment of Agitation: A Controlled Trial of Systematic Individualized Intervention*. Oxford.
- Cohen, M., Kahn, D. & Steeves, R. (2000). *Hermeneutic Phenomenological Research: A Practical Guide for Nurse Researchers* (Hermeneutic phenomenological research: A practical guide for nurse researchers). Thousand Oaks: United States, California, Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Doas, D. M. (2011). Emotional Competence Makes a Difference (for Staff and Patients!). *Journal of Christian Nursing*, 28(1), 34-37. 10.1097/CNJ.0b013e3181ffd313
- Engedal, K. (2008). *Alderspsykiatri i praksis : lærebok* (2. rev. og oppdatert utg. utg.). Tønsberg: Forl. Aldring og helse Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.
- Engedal, K. & Haugen, P. C. (2016). Hva er demens? I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka - en lærebok til helse og omsorgspersonell* Sandefjord: Forlaget Aldring og helse.
- Gadamer, H.-G. (2012). *Sannhet og metode : grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk* (Wahrheit und Methode Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik). Oslo: Pax.
- Grøndahl, V. A., Persenius, M., Bååth, C. & Helgesen, A. K. (2017). The use of life stories and its influence on persons with dementia, their relatives and staff - a systematic mixed studies review. *BMC nursing*, 16(1), 28-28. 10.1186/s12912-017-0223-5
- Helgesen, A. K. (2013). *Patient participation in everyday life in special care units for persons with dementia*: Faculty of Health, Science and Technology, Karlstad University, Sweden.
- Helgesen, A. K., Larsson, M. & Athlin, E. (2010). 'Patient participation' in everyday activities in special care units for persons with dementia in Norwegian nursing homes. *International Journal of Older People Nursing*, 5, 169.
- Helsedirektoratet. (2017). Nasjonal faglig retningslinje om demens. (<https://app.magicapp.org/app#/guideline/2273>).
- Helsepersonelloven. (2000). §Lovens virkeområde, andre ledd.

- Jakobsen, R. (2007). *Ikke alle vil spille bingo : om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem*. Bergen: Fagbokforl.
- Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens : personen kommer i første række* (Dementia reconsidered : the person comes first). Frederikshavn: Dafolo.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. utg. InterView[s] learning the craft of qualitative research interviewing). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lichtwarck, B. (2018). Psyk - IT Agitasjon hos personer med demens Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/agitasjon-hos-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*, 1-10. 10.1080/13607863.2018.1464116
- Lichtwarck, B., Tverå, A. M. & Røen, I. (2012). Tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens. Manual. I. Sykehuset Inlandet, Helse Sør-øst: Alderspsykiatrisk forskningscenter.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- McAuliffe, L., Bauer, M. & Nay, R. (2007). Barriers to the expression of sexuality in the older person: health professionals have a role in helping older people to live a sexually active life.(Clinical digest)(Brief article). *Nursing Standard*, 21(43), 16. 10.7748/ns.21.43.16.s19
- McCormack, B., Dewing, J. & McCance, T. (2011). Developing person-centred care: addressing contextual challenges through practice development. *Online journal of issues in nursing*, 16(2), 3-3. 10.3912/OJIN.Vol16No02Man03
- McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing.(Author abstract). *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472.
- Mæland, M. J., Joa, I. & Testad, I. (2013). Agitasjon og funksjon i stell ; forekomst og sammenheng hos personar med demens. *Sykepleien forskning*, (3), 232-240.
- Pasientogbrukerrettighetsloven. (2001). §1-3 Definisjoner. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient> og brukerrettighetsloven#KAPITTEL\_1
- Rognstad, M.-K. & Nåden, D. (2011). utfordringer og kompetanse i demensomsorgen – Pleieres perspektiv. *Nordisk sygeplejeforskning*, (02), 143-155.
- Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er! : personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforl.

- Rokstad, A. M. M., Røsvik, J., Kirkevold, Ø., Selbæk, G., Saltyte Benth, J. & Engedal, K. (2013). The Effect of Person-Centred Dementia Care to Prevent Agitation and Other Neuropsychiatric Symptoms and Enhance Quality of Life in Nursing Home Patients: A 10-Month Randomized Controlled Trial. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 36(5-6), 340-353. 10.1159/000354366
- Røsvik, J. & Mjørud, M. (2011). VIPS - manualen. Personsentrert omsorg for personer med demens. I. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner* (The Jossey-Bass higher education series). San Francisco, Calif: Jossey-Bass.
- Selbæk, G. (2005). Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125(11), 1500-1502.
- Selbæk, G., Kirkevold, Ö. & Engedal, K. (2008). *Psychiatric and behavioural symptoms and the use of psychotropic medication in Special Care Units and Regular Units in Norwegian nursing homes*.
- Sellekvold, G. S., Egede-Nissen, V., Jakobsen, R. & Sørli, V. (2013). Quality care for persons experiencing dementia: The significance of relational ethics. *Nursing Ethics*, 20(3), 263-272. 10.1177/0969733012462050
- Spector, A., Orrell, M. & Goyder, J. (2013). A systematic review of staff training interventions to reduce the behavioural and psychological symptoms of dementia. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 354-364. 10.1016/j.arr.2012.06.005
- Støback, A.-M. (2014). Forståelse og mestring av utfordrende atferd hos personer med demens. Et kompetanseprogram. *Universitetet i Tromsø*.
- Støback, A.-M. (2015). Atferd er uttrykk for personlige opplevelser - Om kompetanseprogrammet «Forståelse og mestring av utfordrende atferd hos personer med demenssykdom». *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(01), 72-81.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Thomassen, M. (2008). Vitenskap, kunnskap og praksis. *Nordisk sosialt arbeid*, (01), 69-71.
- Thorvik, K. E., Helleberg, K. M. & Hauge, S. (2014). God omsorg for urolige personer med demens. (3). 10.4220/sykepleienf.2014.0140
- Tretteteig, S. (2016). *Demensboka : lærebok for helse- og omsorgspersonell*. Sandefjord: Forl. Aldring og helse.
- Tretteteig, S. & Holthe, T. (2016). Kommunikasjon. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka - en lærebok for helse- og omsorgspersonell*. Sandefjord: Forlaget Aldring og helse

Tretteteig, S., Tangen, G., G & Storjord, M.-B. (2016). Miljøbehandling - ulike arbeidsformer og aktiviteter. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka - en lærebok for helse-og omsrogspersonell* Sandefjord: Forlaget Aldring og Helse

Wogn-Henriksen, K. (1997). "*Siden blir det vel verre- ?*" : nærbilder av mennesker med aldersdemens : en undersøkelse av aldersdemente menneskers opplevelse av seg selv og sin situasjon (INFO-bankens temabøker). Sem: INFO-banken.

Vedlegg 1- Informasjonsskriv

## Forespørsel til leder ved sykehjemmet

Undertegnede er student ved Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet, mastergrad i helsefag med studieretning aldring og eldreomsorg. Jeg ber om tillatelse til å gjennomføre innhenting av data ved Deres enheter i forbindelse med arbeid med en mastergradsoppgave der temaet er hvordan sykepleiere møter personer med demens i sykehjem med en atferd som kan være utfordrende å forholde seg til.

80% av beboerne i sykehjem har demenssykdom. Forskning viser at 70% av de som har demenssykdom i sykehjem har symptomer som kan gi en form for utfordrende atferd. Hensikten med prosjektet er å få mer kunnskap om hvordan sykepleiere møter personer med demens med utfordrende atferd.

Jeg håper dere kan rekruttere to sykepleiere som informanter til et intervju. Sykepleierne må ha minimums tre års praksiserfaring som sykepleier, helst innenfor demensomsorg.

Jeg håper at deltakeren kan bruke av arbeidstiden til å delta i intervju. Hvert intervju varer i cirka en og en halv time.

### **Svar på forespørsel sendes til:**

Prosjektleder (mastergradsstudent):

Marianne Simonsen

msi056@post.uit.no

99 50 52 94

### **Veileder og prosjektansvarlig er:**

Ann Karin Helgesen (førsteamanuensis)

[ann.k.helgesen@hiof.no](mailto:ann.k.helgesen@hiof.no)

41 64 42 45

## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

### ***” Hvordan møter sykepleiere personer med demens med utfordrende atferd? ”***

#### **Bakgrunn og formål**

Undertegnede er mastergradsstudent ved Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet ved institutt for helse- og omsorgsfag.

Jeg skal i den forbindelse gjøre et prosjekt som har temaet hvordan sykepleiere møter personer med demens i sykehjem som har en atferd som kan være utfordrende å forholde seg til.

80 % av beboerne i sykehjem har demenssykdom. Forskning viser at 70 % av de som har demenssykdom i sykehjem har symptomer som kan gi en form for utfordrende atferd. Bakgrunnen for at jeg ønsker å undersøke dette temaet nærmere er at utfordrende atferd er et område innenfor demensomsorgen der helsepersonell kan mangle handlingsberedskaper.

#### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Under intervjuet skal det kun være intervjuer og deg til stedet. Varigheten på intervjuet er satt til ca. 1 ½ time. Spørsmålene omhandler aspekter rundt møte med personer med demens når atferden er utfordrende. Intervjuet skal ikke inneholde noen form for personopplysninger.

Data som registreres er notater og lydopptak.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Båndet vil slettes så snart prosjektet er ferdig, senest juli 2019. Det transkriberte materialet er anonymisert. All data vil bli anonymisert slik at det ikke fremgår resultater som kan vise tilbake på informanten som har uttalt seg. Ved intervjuet startes lydopptaket etter at informant har presentert seg.



De som har tilgang til personopplysninger på informantene er undertegnede og prosjektansvarlig. All informasjon oppbevares på enheter med kodelås og lagres adskilt fra øvrige data.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller 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.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med:

#### **Prosjektleder (mastergradsstudent):**

Marianne Simonsen  
[msi056@post.uit.no](mailto:msi056@post.uit.no)

99 50 52 94

#### **Prosjektansvarlig (førsteamanuensis):**

Ann Karin Helgesen  
[ann.k.helgesen@hiof.no](mailto:ann.k.helgesen@hiof.no)

41 64 42 45

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

## **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3 – Godkjenning fra NSD

### **NSD Personvern**

02.11.2018 09:49

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 652128 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt: Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD, den 02.11.18. Behandlingen kan starte.

**MELD ENDRINGER** Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET** Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.07.19.

**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. NSD anbefaler at avdelingsleder sender ut forespørsel om deltakelse på vegne av studenten.

**PERSONVERNPRINSIPPER** NSD finner 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** De registrerte vil ha følgende rettigheter i prosjektet: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). Rettighetene etter art. 15-20 gjelder så lenge den registrerte er mulig å identifisere i datamaterialet. 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). 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 behandlingen ved planlagt avslutning for å avklare status for behandlingen av opplysningene.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD:

Kjersti Haugstvedt Tlf. Personverntjenester:

55 58 21 17 (tast 1)

## **Intervjuguide**

1. Fortell litt kort om avdelingen deres  
(Hvor mange pasienter, hvilke type pasienter, har dere et verdigrunnlag eller en visjon?)
2. Fortell om en situasjon der du opplevde at atferden av utfordrende
3. Fortell om hvordan du tilnærmer deg i møte med denne type atferd
4. Hvilken type atferd hos personer med demens opplever du som mest utfordrende å forholde seg til?
5. Hva gjør denne atferden med deg?
6. Hva opplever du som en god måte å tilnærme seg personen på når atferden er utfordrende?
7. Hva opplever du som en mindre god måte å tilnærme seg personen på når atferden er utfordrende?
8. Fortell om arbeidsmåter dere bruker på avdelingen når dere møter personer med utfordrende atferd
9. På hvilken måte hjelper disse arbeidsmåtene deg til å forstå den utfordrende atferden som personen gir uttrykk for?
10. Har dere en systematikk/plan i arbeidet med å møte personer med utfordrende atferd?

11. Fortell om hvilken type omsorg/behandling du opplever som den beste for personer med demens når atferden er utfordrende

12. Bruker dere noen andre typer behandling når atferden er utfordrende?