

Utfordrende atferd hos personer med demens i forsterket skjermet enhet på sykehjem – sykepleieres erfaringer

Av dagens sykehjemsbeboere har ca. 80% demens (1). De fleste personer med demens, mer enn 90%, vil utvikle atferdsmessige og psykologiske symptomer (APSD) i løpet av sykdomsforløpet.

Introduksjon

Noen demenstyper har mer utpregede APSD symptomer enn andre (2). APSD består av ikke-kognitive symptomer som blant annet apati, agitasjon, aggresjon, angst, hallusinasjoner og vrangforestillinger; disse regnes som de mest belastende symptomene ved demenssykdom. APSD symptomene er ofte komplekse med flere årsaksforhold. Nevrologiske endringer i hjernen kan ligge til grunn for symptomene og den utfordrende atferden som kan følge. Faktorer knyttet til miljøet personen befinner seg i samt samhandlingen med helsepersonell og pårørende viser imidlertid å ofte innvirke på atferden (3). Personer med APSD krever mye ressurser fra helse- og omsorgspersonell (2) og arbeidet kan oppleves som belastende (4). Situasjonen på forsterkede skjermede enheter vurderes å være spesielt utfordrende da enhetene er spesielt tilrettelagt for personer med demens med alvorlige APSD symptomer (5). Studier viser at en personsentrert tilnærming kan være gunstig i møte med personer med APSD og en utfordrende atferd (6), og ifølge Helsedirektoratet (2) skal det tilbys miljømessige og psykososiale tiltak basert på personsentrert omsorg og behandling som førstevalg.

Hensikten med studien er å få kunnskap om sykepleieres erfaringer med utfordrende atferd hos personer med demens i forsterket skjermet enhet på sykehjem.

Design og metode

Studien har kvalitativ tilnærming da det søkes dybdekunnskap om sykepleieres erfaringer.

Datainnsamling

Datainnsamlingen foregikk med semistrukturerte intervjuer. Eksempler på spørsmål fra intervjuguiden er: Fortell om en situasjon der du opplevde at atferden var utfordrende? Hvordan prøvde du selv å tilnærme deg situasjonen? Inkludjonskriteriene var at deltakerne måtte ha bachelor i sykepleie og minimums tre års erfaring som sykepleier innenfor demensomsorg.

Intervjuene ble gjort i to forsterkede skjermede enheter i Nord Norge. To sykepleiere ved hver avdeling ble intervjuet. Intervjuene ble gjort av førsteforfatter vinteren 2018-19. Intervjuene ble gjennomført på arbeidsplassen i deltakerens arbeidstid. Intervjuene varte mellom 45–60 minutter og ble registrert ved hjelp av lydopptaker. Samtlige intervju ble transkribert av førsteforfatter.

Analyse

Dataene er analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering (7). I det første trinnet ble det skapt et helhetsinntrykk av datamaterialet. Alt transkribert materiale ble lest flere ganger. Deler av teksten som virket interessant ble uthevet med fet skrift. Etter flere gjennomlesninger ble helhetsinn-

FAKTA

Marianne Simonsen
Mastergrad i aldring og eldreomsorg
Fagansvarlig Institusjoner, Helse og omsorg, Hammerfest kommune
marianne.simonsen@hammerfefflist.kommune.no
+47 995 05 294

Ann Karin Helgesen
(kontaktperson)
Geriatrisk sykepleier med PhD i sykepleievitenskap
Professor, prodekan fou Høgskolen i Østfold, avdeling Helse og Velferd
ann.k.helgesen@hiiof.no
+47 416 44 245
Universitetet i Tromsø, Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet



Foto: iStock

Sammendrag:

Bakgrunn og hensikt: Utfordrende atferd er hyppig forekommende på sykehjem. Hensikten med studien er å få kunnskap om sykepleieres erfaringer med utfordrende atferd hos personer med demens i forsterket skjermet enhet på sykehjem.

Metode: Dette er en kvalitativ studie der data er samlet inn ved hjelp av fire semi-strukturerte forskningsintervju. Data er analysert ved å bruke systematisk tekstkondensering. Studien er tilrådd av Norsk Senter for forskningsdata (NSD).

Resultat: Resultatene viste at sykepleierne vektlegger at kjennskap til pasienten, kunnskap om demens og forståelse for atferd som kommunikasjonsuttrykk er grunnleggende elementer for å kunne tilpasse tilnæringsmåten slik at de møter hver enkelt pasient på best mulig måte. Kjennskap, kunnskap og forståelse gjør det mulig å være bedre forberedt på det uforutsigbare i møte med pasienten. Sykepleierne beskriver at hyppige situasjoner med utfordrende atferd kan være krevende og det er spesielt krevende når de ikke blir satt i posisjon til å hjelpe. Nødvendigheten av å reflektere sammen med kollegaer i hverdagen fremheves.

Konklusjon: Studien belyser nødvendigheten av å tilpasse tilnæringsmåten på bakgrunn av kjennskap til pasienten, kunnskaper om demens og forståelse om atferd som kommunikasjonsuttrykk. Muligheter for refleksjon bør settes i system.

Nøkkelord: demens, utfordrende atferd, sykehjem, kvalitativ studie.

Abstract:

Background and purpose: Challenging behaviour is common in nursing homes. The aim of this study is to gain knowledge about nurses' experiences of challenging behaviour in people with dementia in reinforced sheltered units in nursing homes.

Method: This is a qualitative study. Data is collected by four semi-structured interviews. Data was analysed using systematic text condensation. The Norwegian Centre for Research Data (NSD) approved the study.

Results: The results revealed that nurses emphasize knowledge of the patient, knowledge of dementia and understanding of behaviour as a way of communication, as essential elements when meeting the patient in a best way possible. Knowledge and understanding help nurses prepare for unpredictable situations. The nurses describe that frequent situations with challenging behaviour can be demanding, and it is especially demanding when they are not put in a position to help. They emphasize a need to reflect with colleagues.

Conclusion: This study highlights the need to approach the patients based on knowledge of the patient, knowledge of dementia and understanding of behaviour as a way of communication. Possibilities for nurses to meet for reflection should be facilitated.

Keywords: dementia, challenging behaviour, nursing home, qualitative study.





trykket oppsummert og fire foreløpige temaer med tilhørende sub-kategorier kom fram. I analysens andre trinn ble meningsbærende enheter sortert ut. Relevant tekst ble skilt fra irrelevant, og den teksten som tenktes å kunne belyse problemstillingen ble sortert ut. Temaene fra første analyse-trinn ble veiviser i letingen etter meningsbærende enheter. Ord, setninger og avsnitt ble markert med uthevet skrift, kopiert og limt inn i et arbeidsdokument som inneholdt de foreløpige temaene fra første analysetrinn. Det ble på denne måten foretatt en dekontekstualisering av materialet. Deler ble deretter satt i sammenheng med en helhet for å se om det kunne oppnås ny forståelse. I det tredje trinnet ble data abstrahert. I denne fasen av arbeidet ble det laget et kondensat til hver av sub-gruppene. Det ble tilstrebet at alle deltakerens stemmer kom fram i kondensatene. Idet fjerde trinnet, 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.

Etiske hensyn

Studien er godkjent av Norsk Samfunnsfaglig Datatjeneste (ref.nummer 652128). Deltakerne har gitt skriftlig informert samtykke etter å ha blitt kjent med studiens formål og muligheten til å trekke seg fra studien uten at dette ville gi konsekvenser for dem. Samtykkeerklæringene ble oppbevart i låst skuff på førsteforfatterens låste kontor. Lydopptakene ble oppbevart i en annen låsbar skuff. Ved studiens ferdigstilling ble opptakene slettet. For å best mulig sikre anonymiteten til deltakerne oppgis ikke demografiske opplysninger og opplysninger om sykehjemmene.

Resultater

TABELL 1: Resultat

Kategorier	Subkategorier
Å bli kjent med pasienten	Historien om pasienten Atferd som kommunikasjonsuttrykk Kartlegging av utfordrende atferd
Tilnærmingen må tilpasses hver enkelt	Den grunnleggende tilnærmingen Å være forberedt
Personalets opplevelser av utfordrende atferd	Atferd som oppleves som utfordrende Reaksjoner hos personalet Refleksjon hjelper på utfordringer i hverdagen

Å bli kjent med pasienten

Deltakerne forteller at grunnlaget for å få til en god samhandling er å bli godt kjent med pasienten. Kategorien er delt inn i sub-kategoriene 'historien om pasienten', 'atferd som kommunikasjonsuttrykk' og 'kartlegging av utfordrende atferd'.

Historien om pasienten

Alle deltakerne fremhever det å kjenne til pasientenes livshistorie som grunnleggende, at pasientens livshistorie er den viktigste redskapen de har.

«Livshistorien til personen danner grunnlaget for å skape tillit og danne en god relasjon». Informant C, sykehjem Y.

Ved å bruke livshistorien aktivt kan det bidra til å skape trygghet for personen ved å bekrefte hvem vedkommende er. Livshistorien kan også brukes som avledning i utfordrende situasjoner.

Flere av deltakerne trekker fram bruken av tiltaksplaner som positivt. Tiltaksplaner kan danne et grunnlag for at personalet møter personen mest mulig likt hvilket skaper trygghet og forutsigbar-

het. Like viktig som tiltaksplaner er observasjonene som gjøres i møte med pasienten.

«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». Informant B, sykehjem X.

Atferd som kommunikasjonsuttrykk

Samtlige deltakere beskriver at det er avgjørende å ha forståelse for hva demens er, hvordan sykdommen utvikler seg og hvilke konsekvenser det kan gi for pasienten. Nødvendigheten av å ha kunnskaper om atferd som kommunikasjonsuttrykk; dvs. at atferd må forstås som uttrykk for et eller annet underliggende budskap som pasienten ikke er i stand til å formulere verbalt, fremheves.

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

Deltakerne beskriver en eliminasjonsmetode der de utelukker at det er somatiske plager som ligger til grunn for den endrede atferden. Det fremheves at å gi beroligende medikamenter når en person forsøker å kommunisere ut noe som plager dem, kan overskygge det som faktisk er årsaken til atferden oppstår. Dersom den somatiske eliminasjonsmetoden ikke forklarer atferden, vurderes om atferden kan være uttrykk for noe annet, for eksempel en annerledes virkelighetsoppfattelse.

«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». Informant B, sykehjem X.

Kartlegging av utfordrende atferd

Deltakerne forteller at kartleggings skjema ikke benyttes systematisk. Det er først når de ikke klarer å finne årsaken til atferden at kartlegging utføres. Mest benyttet er døgnregistreringsskjema, også kalt mengdekartlegging. En av deltakerne beskriver at situasjonskartlegging utføres.

«Dersom vi ser et mønster er det lettere å finne år-

saken til at atferden oppstår, så gjør vi tiltak ut i fra det». Informant C, sykehjem Y.

Det kartlegges hva som skjedde i forkant av situasjonen, selve situasjonen og hvordan den ble løst. Kartleggingen varer cirka en til to uker før materialet analyseres.

Tilnærmingen må tilpasses hver enkelt

Deltakerne beskriver at tilnærmingen må tilpasses hver enkelt pasient. Kategorien er delt inn i subkategoriene 'den grunnleggende tilnærmingen' og 'å være forberedt'.

Den grunnleggende tilnærmingen

Deltakerne beskriver at det viktigste er å tilpasse tilnærmingen til hver enkelt pasient. Uavhengig om det gjelder forebygging eller å dempe utfordrende atferd er det viktig å formidle ro i situasjonen.

«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». Informant A, sykehjem X.

Alle deltakerne gir beskrivelser av at de er sitt eget kroppsspråk bevisst i møte med pasientene og at det er viktig å fremstå som trygge i møter der atferden er utfordrende. Nye og uerfarne pleiere kan gjøre situasjoner mer utfordrende.

«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». Informant D, sykehjem Y.

Deltakerne beskriver at det er vesentlig å vise forståelse og bekrefte at man ser at personen er lei seg for så å gi trøst eller å vise ydmykhet når personen blir agitert.

Ulike tiltak iverksettes i møte med den utagerende pasienten. Det kan bedre på situasjonen å gå ut av situasjonen for så å forsøke på nytt igjen eller å bytte pleier. Bruk av medikamenter må vurderes nøye og en helhetsvurdering må legges til grunn. «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 pasi-



enten vi må ha i fokus». Informant B, sykehjem X.

Dersom pasientene er veldig agitert kan det imidlertid vurderes å gi en tilpasset dose beroligende slik at pasienten får roet seg og at pleierne kommer i bedre posisjon for å kunne hjelpe.

Å være forberedt

Deltakerne forteller at i tilnærmingen må de være forberedt på at en plutselig atferdsendring kan forekomme. Det gjelder å være observant på pasienten sitt kroppsspråk og ansiktsuttrykk.

Plutselige atferdsendringer kan oppstå som en følge av høy lyd eller andre overraskelsesmomenter. Pleiernes tilnærming beskrives ofte å være årsaken til at den utfordrende atferden oppstår. Andre ganger beskrives det som umulig å forutse og at man derfor må være føre var.

«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». Informant B, sykehjem X.

Personalets opplevelser av utfordrende atferd

Deltakerne forteller om deres opplevelser av utfordrende atferd. Kategorien er inndelt i subkategoriene 'atferd som oppleves som utfordrende', 'reaksjoner hos personalet' og 'refleksjon hjelper på utfordringer i hverdagen'.

Atferd som oppleves som utfordrende

Alle deltakerne forteller at de opplever situasjoner med utfordrende atferd daglig, men de gir ulike beskrivelser av hva de opplever som utfordrende situasjoner. Noen beskriver at seksuell atferd oppleves som mest utfordrende. De beskriver at det er vanskelig å avlede pasientene ut av situasjoner med denne type atferd og at det er vanskelig å skjerme vedkommende på en skånsom måte. Å bli utsatt for fysisk utagering beskrives også som utfordrende da



Foto: Istock

det er vanskelig å ikke bli berørt når man selv får smerter, selv om personen er syk og ikke mener det. Det aller mest utfordrende er imidlertid ikke atferden i seg selv, men at man ikke kommer i posisjon til å hjelpe.

«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». Informant B, sykehjem X.

Reaksjoner hos personalet

Deltakerne forteller at det kan være krevende å møte utfordrende situasjoner og at dette gjør noe med deres egne følelser.

«Det var liksom fra det ene til det andre, sånn følelsesmessig så var jo jeg oppkavet å bare «åååh, 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». Informant C, sykehjem Y.

Det beskrives også usikkerhet knyttet til hvordan det blir å møte pasienten etter ubehagelige situasjoner.

«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». Informant C, sykehjem Y.

Deltakerne forteller også at det er vanskelig å se hvor vondt noen av pasientene har det følelsesmessig og når de opplever at de ikke strekker til for å hjelpe pasientene i disse situasjonene.

Refleksjon hjelper på utfordringer i hverdagen

Deltakerne forteller at de har gode rutiner for bruk av refleksjon på avdelingene der de jobber. Refleksjon er ikke satt i system, men skjer der og da når de føler behovet er der. Innholdet i refleksjon varierer. Det kan være årsakene til en atferd eller at en i personalgruppen har opplevd en utfordrende situasjon. Deltakerne trekker fram at det er viktig å støtte hverandre i hverdagen og at refleksjon kan hjelpe til med å forstå atferden.

«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 gode». Informant D, sykehjem Y.

«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». Informant C, sykehjem Y.

Refleksjon beskrives å kunne hjelpe til med å bedre noen av personalets negative holdninger til pasientene og en nødvendighet for å takle arbeidet.

Diskusjon

Studiens resultater viser at god kjennskap til pasienten var avgjørende for å lykkes med samhandlingen. Tiltaksplaner ble beskrevet som positivt da disse kan bidra til at personalet møter personen mest mulig likt hvilket skaper trygghet og forutsigbarhet. Kjennskap til pasienten var også en av faktorene som gjorde det mulig å komme i posisjon til å hjelpe. Nødvendigheten av å ha personen i fokus og ha kunnskaper om livshistorien fremheves. Bruken av livshistorier er tidligere beskrevet som å kunne bidra til vedlikehold av personen med demens som en hel person i stedet for en «dement pasient» (8). I tillegg til kjennskap om selve pasienten beskrives det som nødvendig å ha kunnskap om demens og atferd som kommunikasjonsuttrykk for å kunne ha en personsentrert tilnærming (3, 8-11).

Studien viser at deltakerne observerer og vurderer pasientenes kroppsspråk kontinuerlig. Kartleggingsverktøy brukes i liten grad når atferden endrer seg. Systematisk kartlegging, identifisering og en nøyaktig beskrivelse av utfordrende atferd hos personer med demens er helt sentralt for å kunne forstå og iverksette tiltak og behandling på en best mulig måte. Uten systematisk kartlegging og mangelfull dokumentasjon kan det bli mye synsing blant pleiepersonalet, noe som kan gi ulik forståelse og oppfatning av hvorfor den utfordrende atferden oppstår og hvilke tiltak som bør igangsettes (12, 13). Selv om ikke kartleggingsverktøy benyttes igangsettes søk for å finne årsaken til atferdsendringen. Er det en somatisk tilstand som ligger til grunn, er det en annen virkelighetsforståelse av situasjonen? Det er kjent at personer med demens ofte kan ha en annen virkelighetsoppfatning preget av hendelser fra tidligere i livet, enn de andre tilstede i situasjonen (14).

Et interessant resultat er at pleieres tilnærming ofte er årsaken til at den utfordrende atferden oppstår. Det fremhes som essensielt å vise trygghet ovenfor pasienten. Dersom pleiepersonalet ikke er



godt forberedt på det uforutsigbare som kan skje i samhandlingen og ikke vet hva de skal gjøre i situasjoner der atferden er utfordrende, kan situasjonen eskalere. Dette sees ofte dersom pleiepersonalet er nye og uerfarne. Dessverre preges eldreomsorgen både nasjonalt og internasjonalt av utfordringer knyttet til bemanning, kunnskap og kontinuitet i personalgruppen (15, 16), hvilket kan ramme tilbudet personer med demens og utfordrende atferd tilbys.

Et viktig, men ikke overraskende resultat var at hyppige situasjoner med utfordrende atferd kan være krevende å forholde seg til. Det aller mest utfordrende var imidlertid ikke atferden i seg selv, men at man ikke kommer i posisjon til å hjelpe. Det er verdt å løfte sistnevnte mening til diskusjon i ledergrupper og personalgrupper på sykehjem. Hva kan gjøres for at pleiepersonalet bedre skal komme i posisjon til å hjelpe? Hva skjer egentlig hvis man som sykepleier stadig erfarer å komme til kort? I verste fall kan følelsen av utilstrekkelighet i arbeidet føre til lav jobbtilfredshet, utbrenthet og søken etter annet arbeid (17, 18).

Det kan tenkes at det å reflektere sammen med kollegaer kan bidra til at møtet med personer med utfordrende atferd erfarer noe enklere å håndtere. Resultatene belyser imidlertid at refleksjonsarbeidet ikke er satt i system, men skjer der og da når det er behov for det. Ved slik «ad hoc refleksjon» kan det være en fare at man oppsøker personer som gir støtte, men ikke nødvendigvis utfordrer. Profesjonell og systematisk refleksjon og veiledning kan på en helt annen måte bidra til en dypere forståelse for hvordan det faglige og det personlige påvirker en selv og situasjonen (19). For at refleksjon og veiledning skal kunne bli en etablert del av sykepleiepraksisen må tiltaket forankres i ledelsen (20). Det er mulig at innføring av profesjonell og systematisk refleksjon og veiledningsarbeid kan bidra til å sette helsepersonalet bedre i posisjon til å hjelpe personer med demens og utfordrende atferd. Ved å få mulighet til å sette ord på egne reaksjoner og følelser som kan oppstå i og etter møte med utfordrende atferd blir man mer bevisst egen rolle i samhandlingssituasjonen. En bevissthet som forhåpentligvis kan bidra til at det sjeldnere er pleiernes tilnærming som er årsaken til at den utfordrende atferden oppstår.

Forfatterne som er sykepleiere med videreutdanning i eldreomsorg og lang erfaring fra demens-

omsorgen, har gjennom hele forskningsprosessen arbeidet med hvordan egen for forståelse kan prege studien og bestrebet å gjengi deltakernes historie på en lojal måte. En svakhet med studien er at få deltakere er inkludert. Det må påpekes at intervjuene ga til dels rike beskrivelser som belyste problemstillingen, men et større antall deltakere ville gitt større bredde og dybde i beskrivelsene. Forfatterne har hatt et nært samarbeid gjennom hele forskningsprosessen, hvilket styrker resultatenes troverdighet.

Konklusjon

Resultatene viser at grunnlaget for å møte utfordrende atferd hos personer med demens på en best mulig måte er å ha kjennskap til pasienten gjennom pasientens livshistorie, kunnskaper om demens og forståelse av utfordrende atferd som kommunikasjonsuttrykk. Tilnæringsmåten må tilpasses hver enkelt pasient og situasjonen slik den er i øyeblikket. Kjennskap, kunnskap og forståelse gjør det mulig å være bedre forberedt på det uforutsigbare i møte med pasienten med utfordrende atferd. Hyppige situasjoner med utfordrende atferd kan være krevende og det erfarer spesielt krevende når man ikke kommer i posisjon til å hjelpe. Nødvendigheten av å reflektere sammen med kollegaer i hverdagen fremheves. ■



Foto: iStock

Referanser

1. Grøholt E, Bøhler L, Hånes H. Folkehelse rapporten – helsetilstanden i Norge i 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018.
2. Helsedirektoratet. (2020). Nasjonal faglig retningslinje om demens. (<https://app.magicapp.org/app#/guideline/2273>).
3. 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.
4. Holst, A., & Skår, L. (2017). Formal caregivers' experiences of aggressive behaviour in older people living with dementia in nursing homes: A systematic review. *International journal of older people nursing*, 12(4), e12158.
5. Helsedirektoratet. Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens. Oslo: 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonal-kartlegging-av-tilbudet-til-personer-med-demens/tilrettelagte-bo-og-behandlingstilbud-for-personer-med-demens>.
6. Wang, G., Gong, H., Albayrak, A., van der Cammen, T. J., & Kortuem, G. (2020). Personalising Management of Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia in Nursing Homes: Exploring the Synergy of Quantitative and Qualitative Data. *BioMed Research International*.
7. Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
8. Grøndahl, V. A., Perenius, 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.
9. Brooker, D. (2013). Personssentrert demensomsorg: veien til bedre tjenester: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.
10. Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens : personen kommer i første række* (Dementia reconsidered : the person comes first). Frederikshavn: Dafolo.
11. Harris, U., Jönsson, I., & Fagerström, C. (2019). A Case Study in Sweden: The Need for Person-Centred Methods in the Care of Dementia Patients with Severe Aggressive Behaviour. In *Personality and Brain Disorders* (pp. 145-159). Springer, Cham.
12. Mæland, M. J., Joa, I. & Testad, I. (2013). Agitasjon og funksjon i stell ; forekomst og sammenheng hos personer med demens. *Sykepleien forskning*, (3), 232-240.
13. Melander, C., Sävenstedt, S., Olsson, M., & Wälivaara, B. M. (2018). Assessing BPSD with the support of the NPI-NH: a discourse analysis of clinical reasoning. *International psychogeriatrics*, 30(4), 581-589.
14. Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er! : personsentert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforl.
15. Gaudenz C, De Geest S, Schwendimann R, et al. Factors associated with care workers' intention to leave employment in nursing homes: A secondary data analysis of the Swiss nursing homes human resources project. *Journal of Applied Gerontology* 2017: 0733464817721111.
16. Lohne V, Høy B, Lillestø B, Sæteren B, Heggstad AKT, Aasgaard T, et al. Fostering dignity in the care of nursing home residents through slow caring. *Nursing Ethics*. 2017;24(7):778-88.
17. McCormack B, Dewing J and McCance T. *Developing person-centred care: addressing contextual challenges through practice development*. 2011.
18. Helgesen AK, Fagerli LB, Grøndahl VA. Healthcare staff's experiences of implementing one to one contact in nursing homes. *Nursing Ethics*.0(0):0969733019857775.
19. Woodhead EL, Northrop L and Edelman B. Stress, social support, and burnout among long-term care nursing staff. *Journal of Applied Gerontology* 2016; 35: 84-105.
20. Driscoll, J., Stacey, G., Harrison-Dening, K., Boyd, C., & Shaw, T. (2019). Enhancing the quality of clinical supervision in nursing practice. *Nursing Standard*, 34(5).