

Artikkelen er publisert i Nordisk sygeplejeforskning, årgang 13, nr. 4-2023, s. 1-15
DOI:<https://doi.org/10.18261/nsf.13.4.6>

Sykepleieres opplevelser av utfordrende atferd og voldsepisoder hos pasienter med demens i skjermede sykehjemsavdelinger

May Britt Bruun

MSC, spesialsykepleier, Alderspsykiatrisk team, Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Bruun døde i en trafikkulykke få dager etter innsendelsen av manuskriptet. Medforfatterne ønsket ikke å trekke manuskriptet fordi tematikken i denne studien har hatt stor betydning for første forfatter.

Anne Clancy

RGN, RSCN, PHN, PhD, Professor, Institutt for Helse og Omsorgsfag, UiT, Norges Arktiske Universitet

anne.clancy@uit.no

<https://orcid.org/0000-0003-0805-2588>

Gabriele Kitzmüller

PhD, sykepleier med videreutdanning i aldring og eldreomsorg, klinisk spesialist, førsteamanuensis, Institutt for Helse og Omsorgsfag, UiT, Norges Arktiske Universitet

gabriele.e.kitzmuller@uit.no

<https://orcid.org/0000-0002-8528-6137>

Sammendrag:

Bakgrunn: Sykepleiere i skjermede sykehjemsavdelinger skårer høyt på stress og emosjonelle krav.

De opplever mer vold, trusler og uønsket seksuell oppmerksomhet fra pasienter enn andre

yrkesutøvere. **Hensikten** med denne studien er å belyse faktorer som sykepleierne opplever som

emosjonelt belastende relatert til utfordrende atferd hos pasienter med demens i skjermede

sykehjemsavdelinger, og å granske hvordan de håndterer belastningene. **Metode:** Vi analyserte åtte

intervjuer med sykepleiere på fire norske sykehjem. COREQ-retningslinjer er fulgt. **Funn:** Deltakerne

opplever utfordrende atferd og voldsepisoder som en del av arbeidshverdagen, og avvik blir sjelden

dokumentert. De etterlyser oppfølging fra organisasjonen etter voldhendelser og refleksjonsmøter for

å forebygge utfordrende atferd. Lav bemanning og manglende kompetanse i personalgruppen

forsterker emosjonelt stress, som håndteres ulikt. **Konklusjon:** Funnene synliggjør ledelsens ansvar

for å etablere rutiner for avviksrapportering og oppfølging av arbeidstakere. Tilstrekkelig og

kompetent bemanning, målrettet debriefing, refleksjonsmøter og systematisert kollegaveiledning anses

som nødvendig for å ivareta sykepleierne.

Nøkkelord: demens; emosjonell belastning; moralsk stress; normalisering; skjermet avdeling; sykehjem; sykepleie; utfordrende atferd

Nurses' Experiences of Challenging Behaviour and Episodes of Violence from Patients in Dementia Care Units

Abstract

Background: Nurses working in specialised dementia care units in nursing homes experience significant stress and emotional demands. They experience more violence, threats and unwanted sexual attention from patients than other staff members. **Aim:** To investigate what factors contribute to emotional distress and how nurses cope with challenging behaviour and violent episodes from patients with dementia. **Method:** Eight interviews with nurses from four Norwegian nursing homes were analysed. The study was reported in accordance with COREQ. **Results:** The participants normalise challenging behaviour and do not always document deviations. Nurses wish for dialogues with managers after violent episodes and express the need for staff meetings to prevent challenging behaviour. Staff shortages and lack of competence increase emotional stress, which nurses cope with differently. **Conclusion:** The study findings highlight the management's responsibility for their employees. Sufficient and competent staffing, regular debriefing, colleague supervision and deviation management is regarded as important to support nurses.

Keywords: challenging behaviour; dementia; emotional stress; moral stress; normalization; nursing; nursing home; special units

INTRODUKSJON

I denne artikkelen utforsker vi hvordan et utvalg av sykepleiere opplever utfordrende atferd hos personer med demens i skjermede sykehjemsavdelinger. I 2020 var det registrert 101 000 personer med demens i Norge, og det forventes en dobling frem mot 2050 (1). Demens er en samlebetegnelse for et sett symptomer som er felles for en rekke kroniske hjernesykdommer, eksempelvis ervervet

svikt i kognitive evner, svikt av emosjonell kontroll og svikt i evne til å klare seg i dagliglivet (2).

Svært mange personer med demens vil i løpet av sykdomsforløpet flytte på sykehjem, og 80 % av alle sykehjemsbeboere med demens har utfordrende atferdsendringer som vrangforestillinger, paranoia, hallusinasjoner, feiltolkninger, angst, depresjon og ustabil humør (2). Sykepleiere og leger er de yrkesgruppene som er mest utsatt for aggresjon fra pasienter (3).

Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og helse (NOA) og Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) rapporterte i 2019 (4) at sykepleiere i sykehjem skårer høyt på arbeidsbelastning, høye emosjonelle krav, lav selvbestemmelse, vold, trusler og uønsket seksuell oppmerksomhet sammenliknet med andre yrker. Kombinasjonen av liten tid og krevende arbeidsoppgaver der feilhandlinger kan skade en tredjeperson alvorlig, bidrar til den uvanlig høye forekomsten av langvarig stress hos sykepleiere (4).

BAKGRUNN

Sykepleiere som jobber i skjermede sykehjemsavdelinger, utsettes jevnlig for fysisk utagering og aggresjon, oftest knyttet til intime stellesituasjoner (5, 6). Ifølge Drennan og kolleger (7) er slag den hyppigste formen for fysisk utagering. I tillegg kommer dytting, klyp, spark, verbale angrep og ulike former for seksuelle tilnærmelser (8). En tverrsnitts studie som ble gjennomført i 2009 (9), og som ble fulgt opp i 2017 (10), viser en økende forekomst av vold og aggressiv atferd mot pleiere i helseinstitusjoner og forekomst av stress relatert til slik atferd (10).

En metasyntese av ni internasjonale studier som undersøker erfaringene til 291 helsepersonell i møte med aggressiv atferd hos personer med demens på sykehjem, viser at vanskelige arbeidsforhold og høyt arbeidspress hos de ansatte fører til økt aggresjon hos pasientene (11). Deltakerne i denne metasyntesen oppfatter utfordrende atferd som vanskelig å forebygge og ser den som en følge av sykdommen, stressende miljøfaktorer, samt personalets holdning og tilnærming.

Flere litteraturstudier rapporterer store emosjonelle reaksjoner hos pleiepersonalet som blir utsatt for aggressiv atferd og vold (12,13). Ifølge Holst og Skär (12) opplever pleiere aggressiv atferd som sjokkerende og skremmende, og i tillegg til fysiske skader utløses negative følelser som frykt, skuffelse og lav selvtillit. Studien til Holst og Skär er basert på funn fra elleve internasjonale studier

som rapporterer opplevelsen til 284 pleiere. Fysisk og verbal aggresjon fører til utmattelse og resignasjon og har en negativ påvirkning på omsorgskvalitet og relasjonelle forhold mellom pleiere og pasienter (12). En systematisk litteraturstudie av Pariona-Cabrera og kolleger (14) som inkluderer 71 artikler bekrefter at engasjement, effektivitet og omsorgskvalitet påvirkes negativt av voldshendelser i arbeidssituasjonen. Aggressiv atferd fra pasienter har stor innvirkning på pleiernes subjektivt oppfattede og objektivt målte omsorgsbelastning og kan medvirke til turnover i sykehjem (15).

Pleiere i sykehjem som utsettes for vold, opplever emosjonelle reaksjoner som skyld, skam og hjelpeløshet (13,16) depressive symptomer (14), angst og psykisk stress (14,16) og utbrenthet (13,14,17). Vold fra pasienter kan føre til sykefravær (18), også lang tid etter hendelsene, og kvinner er spesielt utsatt (19).

Hensikten med denne studien er å belyse faktorer som sykepleierne opplever som emosjonelt belastende relatert til utfordrende atferd hos pasienter med demenssykdom i skjermede sykehjemsavdelinger, og å granske hvordan sykepleierne mestrer belastningene.

METODE

Design

Studien har et kvalitativt utforskende design (20). Førsteforfatteren gjennomførte semistrukturerte individuelle intervjuer med åtte sykepleiere som hadde erfaring med utfordrende atferd hos personer med demens i skjermede sykehjemsavdelinger. Studien rapporteres i tråd med COREQ-sjekklisten for kvalitative studier (21).

Kontekst og rekruttering

Datasamlingen pågikk i perioden september 2019 til februar 2021. Studien er gjennomført ved fire sykehjem med skjermede sykehjemsavdelinger i tre nordnorske bykommuner.

Enhetslederne på de fire sykehjemmene godkjente tilgang til forskningsfeltet og rekrutterte deltakere etter følgende inklusjonskriterier: sykepleiere med eller uten etterutdanning relatert til demens, og med minst to års erfaring med pasientrettet virksomhet i skjermet avdeling.

Syv deltakere ble rekruttert, men fire trakk seg før intervjuet. En ny rekrutteringsprosess ved et annet sykehjem resulterte i tre nye deltakere. På grunn av usikkerhet vedrørende datametning sendte vi forespørsel om deltakelse til ytterligere 20 nordnorske sykehjem. Grunnet manglende respons ble det sendt påminnelse til de samme mottakerne. Kun tre enhetsledere ga tilbakemelding om at de ville videreformidle informasjon om studien, noe som resulterte i to nye deltakere. Det fremkom ingen nye funn i disse to intervjuene, og datasamlingen ble avsluttet. Sykepleiere som ønsket å delta, tok kontakt med førsteforfatteren via e-post. Ingen av forfatterne hadde relasjoner til deltakerne fra før.

Deltakere

Alle unntatt én av de åtte deltakerne var kvinner. En deltaker var i 20-årene, to deltakere i 30-årene, fire deltakere i 40-årene og én deltaker i 50-årene. Deltakernes erfaring fra sykepleierket varierte mellom 3 og 22 år. Alle deltakerne hadde erfaring fra arbeid med eldre mennesker i både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Fem av deltakerne hadde videreutdanning i demens. Samtlige av de skjermede avdelingene hvor deltakerne jobbet, hadde fra åtte til ni pasienter med demenssykdom.

Datasamling

Førsteforfatteren brukte semistrukturerte individuelle intervjuer hvor formålet var å utforske sykepleiernes subjektive opplevelser med utfordrende atferd hos pasienter med demens. For spørsmål fra intervjuguide se tabell 1. Sett inn tabell 1 her

Intervjuene hadde en varighet på 20–65 minutter. Seks intervju ble holdt på deltakernes arbeidsplasser og to ble holdt på den digitale plattformen Microsoft Teams på grunn av den pågående covid-19-pandemien. Kun førsteforfatteren og deltakerne var til stede under intervjuene, som ble tatt opp på lydbånd og transkribert ordrett av førsteforfatter.

Datamaterialet berørte et følsomt tema, og det ble lagt vekt på å gi deltakerne anledning til å

lese de transkriberte intervjuene og komme med tilleggsinformasjon. Kun tre av deltakerne ønsket å lese utskriftene, og de hadde ingen tilleggskommentarer eller forslag til endringer.

Tabell 1: Spørsmål fra intervjuguiden

- Hva legger du i begrepet utfordrende atferd?
- Vil du fortelle om en opplevelse du hadde med en pasient som viste utfordrende atferd?
- Etter denne opplevelsen du nå har fortalt om, kan du si noe om oppfølging på arbeidsplassen.
- Har du noen gang gruet deg til å gå på jobb i etterkant av episoder med utfordrende atferd hos personer med demens?
- Hvor ofte opplever du at utfordrende atferd oppstår på avdelingen du jobber?
- I hvilke situasjoner har du erfart at utfordrende atferd hos personer med demenssykdom har oppstått?
- Hvordan påvirker utfordrende atferd i avdelingen trivselsnivået blant personalet på din arbeidsplass?
- Kan du beskrive for meg hvordan dere kollegaer ivaretar hverandre etter episoder med utfordrende atferd i avdelingen?
- Har du andre støttespillere utenfor arbeidsplassen som du søker til etter opplevelser med utfordrende atferd på den skjermede sykehjemsavdelingen du jobber? Hvem?
- Blir det skrevet avvik etter opplevelser med utfordrende atferd på din arbeidsplass?
- Opplever du at det er rom for å delta på videreutdanning/kurs og holde internundervisning om utfordrende atferd ved demenssykdom ved din arbeidsplass?
- Har dere forum for å ha regelmessig pasientgjennomgang ved din arbeidsplass?
- Har du tanker om endringer som kan gjøres i sykehjemsavdelinger for personer med demenssykdom, eller i organisasjonen, for oppfølging av sykepleiere og annet helsepersonell som blir utsatt for utfordrende atferd hos personer med demenssykdom?

Etiske overveielser

Studien er gjennomført i tråd med Helsinkideklarasjonen (22). Vi innhentet skriftlig informert samtykke fra alle deltakerne, og de ble informert om at de kunne trekke seg fra studien uten begrunnelse. Informantene fikk tilbud om å ta kontakt med førsteforfatter dersom de hadde behov for oppfølging. Studien er utført i tråd med personvernlovgivning (23) og i henhold til forskningsinstitusjonens reglement (24). Alle personopplysninger ble aidentifisert under transkribering. Studien er tilrådt av Norsk senter for forskningsdata (Ref.nummer 560694 og 927712) (25).

Analyse

Førsteforfatteren utførte analysearbeidet i tråd med Malteruds systematiske tekstkondensering i fire trinn (20). Analysen ble validert av andre og siste forfatter som begge har lang erfaring i kvalitativ forskning og analysearbeid. I trinn én, hvor målet er å få et helhetsinntrykk, ble det transkriberte intervjumaterialet lest grundig gjentatte ganger. *Mangel på kompetanse, tidspress, dårlig samvittighet, eget følelsesliv, samhold, tvangsbruk og stress* ble identifisert som foreløpige temaer. I trinn to, ble meningsbærende enheter (20), som kunne belyse forskningsspørsmålet, identifisert i utskriftene fra alle intervjuene. I trinn tre, kondenseringen, ble alle meningsbærende enhetene som hadde likt meningsinnhold, samlet i ulike kodegrupper på tvers av intervjuene. I trinn fire, syntetisering, ble de ulike kodegruppene satt sammen til kategorier og underkategorier. Etter at hovedkategoriene var identifisert, noterte vi kondensater. Kondensatene presenteres som innledningen til hovedkategoriene i funndelen. Vi har valgt å avvike fra Malteruds anbefaling når det gjelder å presentere kondensater i «jeg»- form (20), men formulerer dem som et sammendrag av hoved essensen i hver kategori. For eksempler fra analysen se tabell 2.

Tabell 2: Eksempler fra analyseprosessen

Meningsbærende enheter	Kodegruppe	Subgrupper	Subkategori	Hovedkategori
«Etter et slikt stell, så blir jeg skjelven i hendene. Det er følelsesmessig tøft. Fysisk og psykisk tøft ... Og det er ikke alltid at alle pleierne holder like godt fast, så du kan fort få deg en knyttneve, eller du kan bli sparket etter ... Også går man jo og tenker på det, faktisk i mange timer etterpå. Av og til går man hjem fra jobb og tenker på det hjemme også» (Spl.4).	Utfordrende stellesituasjoner	Stellesituasjoner utløser aggressiv atferd «Nødvendig tvang» Fare for å bli skadet Psykisk belastning v/bruk av tvang	Bruk av tvang	Faktorer som bidrar til emosjonell belastning

«Bemanning er den viktigste faktoren for å forebygge utfordrende atferd. For hvis vi har noen som kan være sammen med pasientene, så klarer vi ofte å forebygge noe i forhold til de situasjonene hvor det ikke er pleier til stede for å avlede eller gjøre miljøterapi. For oss så skaper det jo en større belastning.» Fordi det er mange ganger når vi er på jobb at pasientene slåss med hverandre når vi ikke er til stede. Så fort vi snur ryggen til, så begynner noen å krangle, og ofte er vi bare to pleiere på vakt» (Spl. 6).	Bemanning	Forebygging av utfordrende atferd Tilstrekkelige personalressurser Konflikter mellom beboere	For liten bemanning	Emosjonell belastning forsterkes av organisatoriske forhold
«Men det er jo ikke sånn at jeg ikke tåler et blåmerke ... for man lever på en måte i dette, en dask her og der. Jeg skriver ikke avviksmelding fordi jeg blir slått i armen» (Spl. 7).	Utfordrende atferd en akseptert del av jobben	Toleranse av skader Normalisering av utageringen Manglende dokumentasjon	Normalisering	Strategier for å mestre emosjonelle belastninger

RESULTATER

Analysen resulterte i tre hovedkategorier med ni underkategorier.

Hovedkategori 1: «Faktorer som bidrar til emosjonell belastning», med underkategoriene: *Å bli utsatt for fysisk og verbal aggresjon; Bruk av tvang; Dårlig samvittighet og følelsen av utilstrekkelighet.*

Hovedkategori 2: «Emosjonell belastning forsterkes av organisatoriske forhold», med underkategoriene: *Utilstrekkelig bemanning; Manglende kompetanse i personalgruppen; Mangel på arena for oppfølging og refleksjon.*

Hovedkategori 3: «Strategier for å mestre emosjonelle belastninger», med underkategoriene: *Kollegastøtte; Normalisering av utfordrende atferd; Emosjonell distansering og sykemelding.*

Faktorer som bidrar til emosjonell belastning

Deltakerne beskrev at mange av beboerne hadde et alvorlig og sammensatt symptom-bilde som følge av demenssykdommen. Sykepleierne oppfattet pasientenes sinne, frustrasjon, grove seksuelle tilnærmelser og apati som utfordrende atferd, i likhet med endeløs vandring i korridorene og

gjentakende ønsker om å gå ut. Den atferden som fremsto som mest utfordrende å håndtere, var fysiske angrep, agitasjon og når beboerne motsatte seg nødvendig helsehjelp. Deltakerne så på utfordrende atferd som et uttrykk for udekkede emosjonelle behov eller fysiske plager som smerter, sult eller trang til toalettbesøk. De mente at slik atferd også hadde sammenheng med at pasientene befant seg i utfordrende situasjoner og uvante omgivelser på sykehjemsavdelingen.

Å bli utsatt for fysisk og verbal aggresjon

Deltakerne beskrev hendelser der de ble utsatt for spark, slag, lugging, spyting, klypning, ukvemsord og mobbing. De beskrev også noen tilfeller av grov mishandling:

Nattevakten fikk en knyttneve i brystet, og det var vondt lenge, lenge etterpå [...]. Jeg har fått en neve i ansiktet. (Sykepleier 7). Jeg har også opplevd at jeg har fått juling. Jeg ble lugget, jeg har blitt spyttet på, sparket, fikk slag i ansiktet og slag samtidig over begge ørene slik at jeg ble veldig svimmel (Sykepleier 5).

Over halvparten av studiens deltakere grudde seg for å gå på jobb i perioder med spesielt utfordrende pasientsituasjoner. En av sykepleierne fortalte at hun i lengre tid var plaget med nakkestivhet og smerter, og at dette forsvant da en bestemt pasient flyttet. Deltakerne uttrykte at det var belastende å arbeide med pasienter med psykiske utfordringer og at de følte seg usikre hvis pasientene hadde humørsvingninger eller plutselig adferdsendringer: «Man føler jo iblant at man ikke jobber på sykehjem, men at man jobber i tung psykiatri [...]. I psykiatrien, derimot, går de ansatte med voldsalarmer og kan tilkalle hjelp hvis de blir overfalt» (Sykepleier 3).

Bruk av tvang

Deltakerne fortalte at noe av det mest utfordrende var situasjoner der de måtte ty til tvang overfor beboere, særlig i tilfeller der pasientene motsatte seg nødvendig kroppsstell, ofte ved vask av deres intimsone. I slike situasjoner var det stor fare for at deltakerne ble utsatt for fysiske angrep:

«Tvangsstell er ganske tøft for både pasient og pleier. Vi er flere stykker som må holde, og pasienten blir så fortvilet at hun sparker, slår og biter. Jeg ble bitt i hånda slik at jeg fikk et blåmerke» (Sykepleier 4). Deltakerne fremholdt nødvendigheten av å bruke tvang som siste utvei i

situasjoner der konsekvensene ville blitt alvorlig for pasientene dersom nødvendig stell og livsnødvendige prosedyrer (for eksempel kateterinnleggelse ved urinretensjon) ikke ble utført. De anså bruken av tvang som inngripende og sårt, men som en del av jobben i situasjoner hvor andre tiltak ikke førte frem.

De første gangene så hadde man jo hjertebank i ettertid. Det var heftig når det sto på, og det var ikke en god følelse. Når man ser pasientene etterpå, så veier det liksom opp for det man var med på. Selvfølgelig kan man jo kjenne på dårlig samvittighet de første gangene. Men så ser man jo nødvendigheten av tvang når pasienten er fornøyd etterpå (Sykepleier 8).

Deltakerne uttrykte at slike situasjoner var svært belastende og kunne ha en høy pris for pasienten i form av utrygghet og redsel. Det var vanskelig å være på jobb i perioder med mange tvangsvedtak i avdelingen.

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

En sykepleier gråt da hun fortalte om stell under tvang. Hun satte seg inn i pasientens situasjon og forestilte seg hvordan det ville være å bli utsatt for tvang selv, eller hvis hennes foreldre skulle bli utsatt for noe liknende. En av deltakerne beskrev hvordan hun tok tiden til hjelp og unngikk å bruke tvang: «Jeg presser ingen i stell. Du ser det fort hvis de ikke ønsker stell, så da lar jeg være. Jeg venter og prøver heller igjen litt senere» (Sykepleier 6). Deltakerne ga uttrykk for glede og mestringsfølelse når de klarte å gjennomføre stell uten tvang.

Dårlig samvittighet og følelsen av utilstrekkelighet

Deltakerne fikk dårlig samvittighet hvis de måtte ty til beroligende medikamenter som Sobril (oksazepam) og Vival (diazepam) fordi det manglet kompetanse eller tilstrekkelig bemanning til å løse situasjoner på annet vis: «Vi har jo flere pasienter som trenger en-til-en oppfølging, men som

ikke får det. Konsekvensen for pasienten blir jo mer utfordrende atferd, økt medisinbruk og dårligere livskvalitet» (Sykepleier 3).

Deltakerne følte på tristhet og utilstrekkelighet når de ikke fikk gitt den omsorgen pasientene hadde behov for. En av deltakerne fortalte om psykisk slitasje når hun ikke hadde tid til å følge opp pasienter som trengte en-til-en-kontakt som følge av personalmangel:

Flere av pasientene gir uttrykk for at de er redd for å være alene. De roper på mamma og pappa, og det er jo det man gjør når man er redd. Det er tryggheten de roper på [...]. Hvis vi da må springe rundt og drive brannslukking og be dem om å vente, så blir det jo enda verre (Sykepleier 8).

Emosjonell belastning forsterkes av organisatoriske forhold

Alle deltakerne delte sin frustrasjon på grunn av lav bemanning. De fortalte om sykepleiermangel og knapphet på tid til å følge opp beboere. Manglende kompetanse hos ufaglærte ansatte førte til stor arbeidsbelastning. Sykepleierne hadde det faglige ansvaret og de måtte håndtere krav om fagutvikling og kvalitetssikring uten at det ble satt inn tilstrekkelige ressurser. Utfordrende situasjoner og voldsbruk ble ikke fulgt opp, og deltakerne savnet en arena for å bearbeide uønskede hendelser.

Utilstrekkelig bemanning

Alle deltakerne pekte på økt bemanning som den viktigste faktoren for å forebygge utfordrende atferd. De fremholdt at bedre bemanning ville gjort det mulig å anvende miljøterapeutiske tiltak som en gjennomtenkt tilrettelegging av avdelingen for å fremme pasientenes velbefinnende og forebygge utfordrende atferd og aggresjon. En deltaker forklarte at bemanningen var tidvis så lav at personalet ikke klarte å forhindre en situasjon der beboerne hadde sloss med hverandre.

Bemanning er den viktigste faktoren for å forebygge utfordrende atferd. For hvis vi har noen som kan være sammen med pasientene, klarer vi ofte å forebygge noe i forhold til de situasjonene hvor det ikke er pleier til stede, for å avlede eller anvende miljøterapi.

(Sykepleier 6).

De fortalte at mange av beboerne plagdes med alvorlige psykiske symptomer som sterk angst, depresjon, hallusinasjoner og vrangforestillinger, som burde tilsi større bemanning. Det fremkom også

at utryggheten økte når det var lav bemanning i avdelingen, noe som forsterket uroen. «Vi er tre ansatte på dagvakt i ukedagene, to ansatte på kveld, og to pleiere i helgene. På nattevakt er det en pleier som har atten pasienter fordelt på to avdelinger. Det er for lite på en skjermet sykehjemsenhet» (Sykepleier 6).

Manglende kompetanse i personalgruppen

Deltakerne understreket viktigheten av at de som jobber på skjermede sykehjemsavdelinger, har kunnskap om demenssykdom og utfordrende atferd: «*Det er viktig at de som jobber her, også vikarer, må ha kunnskap om demens og vite hvordan man takler utfordrende atferd [...]*» (Sykepleier 8).

Situasjoner hvor tvangstiltak var nødvendig, krevde stor kompetanse. Denne kompetansen manglet hos mange vikarer. En av deltakerne understreket at institusjonen burde investere i kvalitet og kompetanse: «[...] det koster å få inn kvalitet. Da kan vi ikke holde på slik vi gjør i dag, og ansette bussjåfører, snekkere og kokker [...]» (Sykepleier 2).

Deltakerne understreket at tydelig kommunikasjon mellom personalet og pasientene var svært viktig, og at man ikke burde ty til vikarer som manglet nødvendig kompetanse eller snakket dårlig norsk. De uttrykte at forutsetningen for et godt arbeidsmiljø var at alle kommuniserte godt med hverandre og jobbet effektivt.

Mangel på arena for oppfølging og refleksjon

Med unntak av én deltaker savnet sykepleierne å bli ivaretatt av ledelsen. «*Jeg kan ikke erindre at vi har fått oppfølging. [...] ikke noe i forhold til de som er ledere her. [...]. Men vi snakker jo oss pleiere imellom, om hvordan vi opplever det [...]. Det er jo faktisk noen som begynner å gråte når man snakker om det*» (Sykepleier 4). Deltakerne uttrykte at de selv måtte ta initiativ til samtale med ledelsen etter vanskelige opplevelser med utfordrende atferd. De fortalte at prosedyrer for oppfølging var mangelfulle: «*Tror ikke det er noe system for oppfølging. Da må man liksom sette i gang et maskineri med HMS [helse, miljø og sikkerhet] [...]. Nei, det er liksom akseptert at det er sånn i sykehjem*» (Sykepleier 6). Deltakerne ønsket seg ukentlige refleksjonsmøter hvor man

kunne bearbeide utfordrende pasientsituasjoner, og de fremholdt at hele personalgruppen kunne ha utvidet sin kompetanse i slike møter:

Så syns jeg jo generelt sett at man har for lite oppfølging i kommunehelsetjenesten fordi man ikke jobber på samme måte som i psykiatrien, hvor man har refleksjonsmøter ukentlig [...]. Det er noe jeg føler mangler med tanke på at vi jobber vel så mye med utfordrende atferd og fysisk utagering her (Sykepleier 3).

Strategier for å mestre emosjonelle belastninger

Deltakerne brukte kollegastøtte for å holde ut den belastende arbeidssituasjonen. Normalisering av de utfordringene de møtte i sitt daglige arbeid på skjermet avdeling var også en måte å håndtere hverdagen på. Deltakerne fortalte at sykemelding kunne være en utvei når belastningen ble for stor. Å nekte seg selv å reagere emosjonelt ble beskrevet som en strategi for å håndtere følelsen av utilstrekkelighet. Deltakerne uttrykte at de ikke ville bli plassert i en offerrolle eller bli sett på som svake.

Kollegastøtte

Deltakerne fortalte at de kjente sine kolleger godt, og at de ivaretok og støttet hverandre i perioder med mye utfordrende atferd i avdelingene. Kollegastøtte ble vanskelig når bemanningen ikke strakk til. Stort sett alle sykepleierne opplevde at arbeidsmiljøet mellom kollegaene på de skjermede sykehjemsavdelingene var utelukkende positivt. De fleste uttrykte at de delte tanker og følelser med kolleger i garderoben, i pauser og under praktiske gjøremål i avdelingen. Sykepleierne berettet at det var aksept for å si ifra dersom de selv hadde en dårlig dag og ønsket å bli fritatt fra utfordrende oppgaver. Flere av sykepleierne snakket om at de hadde lært seg å signalisere via blikkontakt hvis de trengte hjelp av en kollega. Fordi taushetsplikten hindret dem å søke støtte hos familie og venner, var de avhengig av å kunne snakke med kollegaene sine om følelser, særlig i perioder med mye uro: «Hadde det ikke vært for kollegaene mine, hadde jeg ikke jobbet her i dag» (Sykepleier 4).

Normalisering av utfordrende atferd

De fleste deltakerne i studien så på utfordrende atferd som et uttrykk for pasientenes udekkede behov. Sykepleiernes kunnskap om utfordrende atferd som en måte å kommunisere på, bidro til en normalisering av utageringen. Sykepleierne gjorde ikke pasientene ansvarlig for sine handlinger, og de fortalte at de sjelden skrev avviksmeldinger når de ble utsatt for vold: «Men det er jo ikke sånn at jeg ikke tåler et blåmerke [...], for man lever på en måte i dette, en dask her og der. Jeg skriver ikke avviksmelding fordi jeg blir slått i armen» (Sykepleier 8). Å bli utsatt for fysisk aggresjon og annen utfordrende atferd jevnlig, gjorde at deltakerne oppfattet dette som normalt i hverdagen på skjermet avdeling: «Vi kan ikke gjøre noe med det. De er syke, så vi godtar det bare» (Sykepleier 5).

Emosjonell distansering og sykemelding

Noen av deltakerne uttrykte at de distanserte seg emosjonelt for å holde ut en vanskelig hverdag og sine følelser av utilstrekkelighet: «[...] og til tider må man bare ta seg sammen og være kald rett og slett. Det synes jeg er veldig trist» (Sykepleier 7). Deltakerne opplyste om at perioder med særlig mye utfordrende atferd og uro resulterte i flere sykemeldinger i personalgruppen. Fravær av det faste personalet førte ofte til større uro. For de som var igjen, ble dette en vond sirkel å være i, som gjorde det utrivelig å gå på jobb.

DISKUSJON

Alle deltakerne i studien opplevde at utfordrende atferd gjorde deres arbeidshverdag vanskelig å stå i. Organisatoriske utfordringer på arbeidsplassen som lav grunnbemanning, utilstrekkelig kompetanse i personalgruppen, høy arbeidsbelastning og for lite tid til å følge opp pasientene virket forsterkende på pasientenes utfordrende atferd. Å måtte ty til tvang var noe som skapte stor emosjonell belastning hos sykepleierne, og de følte ofte på dårlig samvittighet og utilstrekkelighet. De ble så vant til aggresjon og utfordrende atferd som pasientenes uttrykksform at de oppfattet det som en normal del av hverdagen. Sykepleiernes normalisering av disse unormale hendelsene førte til at de ikke dokumenterte avvik. Deltakerne utviklet ulike strategier for å mestre belastningene som den utfordrende atferden medførte.

Lav bemanning og utilstrekkelig kompetanse utgjør en trussel for både pasienter og pleiere

Funnene i studien viste at lav bemanning og manglende kompetanse medførte en sikkerhetsrisiko for sykepleierne og virker negativt inn på omsorgen til pasientene. Ifølge studien til Rognstad og Nåden har kompetanse i personalgruppen betydning for å kunne forebygge og håndtere utfordrende atferd (26). En annen studie viser at mangel på kompetanse kombinert med for høy arbeidsbelastning er blant faktorene som bidrar til emosjonelt stress hos sykepleiere (27).

I studien vår fremkom det at deltakerne reagerte på at ufaglærte personell fra helt andre arbeidsfelt ble leid inn som vikarer på avdelingene. Det førte til stress og merarbeid for sykepleierne. Ofte klarte ikke ufaglært personell å møte pasientenes behov, noe som resulterte i økt bruk av tvang og medikamentell behandling.

Alle deltakerne i studien så på utfordrende atferd som en forventet konsekvens av demenssykdommen og en form for kommunikasjon for å uttrykke udekkede grunnleggende behov. Atferdsmessige og følelsesmessige symptomer ved demens er ofte et uttrykk for udekkede behov (28). Det kreves kompetanse for å tolke de emosjonelle endringene hos pasienten samt et godt klinisk blikk for å forstå situasjonens kompleksitet og å avdekke sykdomstegn (26).

Sykepleierne i vår studie meddelte at de fikk for lite tid til å følge opp pasientene på grunn av lav bemanning. Når urolige og utrygge pasienter ble overlatt til seg selv, økte uroen i avdelingen. Dette samsvarer med funn i studiene til Varcoe og kolleger (27) og Brophy og kolleger (29), som viser at lav grunnbemanning og manglende kompetanse gir økt risiko for voldsepisoder og økt stress hos sykepleierne. Mangel på kvalifisert personell i demensomsorgen gjør det nødvendig at ufaglært personell blir en uunnværlig del av personalgruppen. Deres arbeidsoppgaver bør skreddersys i forhold til deres kompetansenivå. Personell som har spesial kompetanse og erfaring bør håndtere komplekse situasjoner som krever miljøterapeutiske tiltak og situasjoner hvor tvang er uunngåelig.

Avviksmeldinger bør brukes aktivt for å synliggjøre lav bemanning og mangel på kompetanse som truer arbeidsmiljø og omsorgskvalitet.

De emosjonelle belastningene som deltakerne var utsatt for kan føre til moralsk stress. En av de hyppigste årsakene til moralsk stress hos sykepleiere er mangel på personalressurser, noe som hindrer dem i å utføre arbeidet i tråd med deres yrkesfaglige standard (30,31). Moralsk stress oppstår når man hindres i å gjøre det man vet man burde gjøre, fordi forhold på arbeidsplassen ikke ligger til rette for det (31). Det kan føre til en emosjonell respons i form av sinne, frustrasjon og angst, noe som forsterkes av at man ikke ser seg i stand til å gjøre det man selv anser som moralsk riktig (31).

Manglende oppfølging av personalet etter uønskede hendelser

Funnene i vår studie tyder på at oppfølgingen av personalet som har vært utsatt for utfordrende atferd, er mangelfull. I studien til Braedly og kolleger hadde ledere en forventning om at slik atferd skulle tolereres noe som bidro til at de ansatte opplevde moralsk stress (32). Å bli utsatt for verbal og fysisk aggresjon skapte stress og frykt hos deltakerne i vår studie. Arbeidsmiljøloven fastslår at arbeidsgiveren har et ansvar for å tilrettelegge arbeidet og følge opp de ansatte slik at de unngår fysiske og psykiske helseskader (33).

Nesten alle deltakerne i studien uttrykte behov for debriefing og refleksjonsmøter. Vincent-Höper og kolleger fant at tilgjengeligheten på oppfølging fra ledelsen kunne moderere sammenhengen mellom fysisk aggresjon og utbrenthet (34). Forfatterne foreslår at ledere skoles i å sette seg inn i de ansattes behov når de utsettes for utfordrende atferd i skjermede sykehjemsavdelinger.

Selv om kollegastøtte ikke kunne kompensere for manglende oppfølging fra ledelsen, var den en viktig faktor for å mestre utfordrende atferd for våre deltakere. Det samsvarer med funnene i studien til Duan og kolleger, som viser at sosial støtte på arbeidsplassen kan bidra til å redusere stress som følge av vold fra pasienter (35).

Normalisering – en strategi for å takle en stressende hverdag

Alle sykepleierne i vår studie hadde opplevd utfordrende atferd og anså den som en del av arbeidshverdagen. Dette er i samsvar med funnene i metasyntesen til Nybakken og kolleger, hvor utfordrende atferd ble oppfattet som dagligdags og uunngåelig (11). Studiene til Funk og kolleger og Braedley og kolleger viser hvordan organisatoriske idealer og mål om å prioritere pasienter og

pårørendes interesser fremfor arbeidstakernes ve og vel, fører til at personalet oppfatter seg som ofre i et system som godtar at det utøves vold mot dem (32,36). Normalisering av voldelige hendelser blir til en strategi for å holde ut hverdagen. Det fører til emosjonelt stress, særlig hvis manglende tiltak fra ledelsen medfører at arbeidstakeren påtar seg ansvar for pasientens atferd (32,36).

Deltakerne i vår studie dokumenterte ikke avvik, selv om de ble påført skader. Brophy og kolleger hevder at vold i helsevesenet er et underrapportert og vedvarende problem som har blitt normalisert og ignorert (29). Ferri og kolleger fant at 84 % av deltakerne i deres studie ikke rapporterte voldshendelser, og at kvinner var minst villig til å rapportere (37).

Funnene i vår studie viser at sykepleierne følte seg utrygge i perioder. De sammenliknet det å arbeide med personer med demens og utfordrende atferd med å jobbe i tung psykiatri. De opplevde at ansatte i psykiatriske avdelinger var bedre beskyttet mot vold, blant annet med voldsalarmer. Dette kan tyde på at det fortsatt ikke finnes gode nok rutiner for å trygge ansatte på skjermene sykehjemsavdelinger i Norge. I vår studie var sykemelding ofte eneste utvei deltakerne hadde for å takle stress. Dette samsvarer med funnene i studien til Brophy og kolleger, hvor sykepleieres sykefravær grunnet voldsepisoder på jobb var fire ganger høyere enn andre sykdomsårsaker (29).

Emosjonell distansering og moralsk stress

Sykepleierne ga uttrykk for at de distanserte seg emosjonelt i tøffe perioder med utfordrende atferd. Emosjonell distansering, depersonalisering og emosjonell utmattelse kan være symptomer på utbrenthet og kan føre til negative holdninger og atferd i forhold til pasientene (14,29,34). Flere studier beskriver bruk av tvang (26,31) eller det å lure pasientene (38,39) som viktige årsaker til moralsk stress. Også i vår studie rapporterte deltakerne at tvang førte til dårlig samvittighet, også i situasjoner som ikke kunne løses på annen måte. Bruk av tvang kan utsette sykepleiere for moralsk stress fordi tvang strider mot deres profesjonsetikk (40).

Metodiske overveielser

Det var et begrenset antall deltakere i denne studien, men alle var åpne og villig til å dele sine erfaringer. Det var ingen nye funn i de siste to intervjuene, og vi vurderer det slik at

datamaterialet har tilstrekkelig informasjonsstyrke. Vi har forsøkt å beskrive deltakerne og konteksten slik at leseren kan vurdere hvorvidt resultatene er overførbare til en liknende kontekst. Det var kun en mannlig deltaker, noe som gjenspeiler overvekten av kvinnelige sykepleiere ved skjermede sykehjemsenheter i Norge. De fleste sykepleierne som ønsket å delta, hadde lang erfaring fra demensomsorgen. Erfaringer fra nyutdannede sykepleiere kunne ha tilført flere nyanser til datamaterialet. Rekrutteringsprosessen var utfordrende, og bare fire av tjue sykehjem var villig til å delta. Det kan være en svakhet ved studien. Kun deltakere som ble rekruttert fra enhetsledere som ikke hadde fått tilsendt intervjuguiden på forhånd, stilte til intervju. Lederne som ikke støttet opp om rekrutteringen, oppga ingen begrunnelse for avslaget. Flere deltakere trakk seg kort tid før intervjuene uten at de ga en begrunnelse. Vi kan ikke utelukke at noen av deltakerne ikke ønsket å uttale seg fordi de var redde for å være illojale mot sin institusjon og sine ledere. Forfatterne har reflektert over hvorvidt vår bakgrunn kan ha påvirket studiens resultater. Første og tredje forfatter har videreutdanning i aldring og har arbeidet med mennesker med demens i ulike settinger i helsetjenesten. Tredje forfatter, og andre forfatter som er helsesykepleier, har forsket på sentrale fenomener i alderdommen. Vi har kommet frem til at vår samlede forforståelse har styrket oss i å innta ulike perspektiv i fortolkningen av våre funn.

KONKLUSJON

Deltakerne anså utfordrende atferd og episoder med vold som en del av deres arbeidshverdag i skjermet avdeling, noe som medførte emosjonelt stress. Det som denne studien tilfører av ny kunnskap, er at deltakerne valgte å normalisere slik atferd og ofte unnlot å rapportere avvik. Lav bemanning, ufaglært arbeidskraft som manglet kompetanse, bruk av tvang og manglende oppfølging fra ledelsen var mulige årsaker til emosjonelt stress hos deltakerne. Studien har implikasjoner for praksis med tanke på hvordan emosjonelt stress kan forebygges i demensomsorgen. Støtte fra kollegaer betydde mye og var en av grunnene til at deltakerne holdt ut i jobben. Forebygging av

agresjon og vold bør være et hovedmål for organisasjonene for å forebygge skader, hindre emosjonelt stress som kan føre til sykemeldinger og høy turnover. Tilstrekkelig og kompetent bemanning på skjermede enheter ser ut til å være en forutsetning for å forebygge og håndtere utfordrende atferd og bidra til bedre omsorgskvalitet. Skolering av ufaglært pleiepersonell og optimal fordeling av arbeidsoppgaver kan bidra til å forebygge emosjonelt stress hos sykepleiere. Funnene i vår studie synliggjør ledelsens ansvar for avviksrapportering og oppfølging av arbeidstakere. Måltrettet debriefing, refleksjonsmøter og systematisert kollegaveiledning anses som viktig for å forebygge og håndtere utfordrende atferd. Studien har avdekket et behov for kvalitativ og kvantitativ forskning med søkelys på ledelse og organisatoriske rammebetingelser som fremmer forebygging av utfordrende atferd. Det mangler også studier som undersøker oppfølging av arbeidstakere og dokumentasjon av uønskede hendelser i demensomsorgen i Norge. Aksjonsforskning som iverksetter opplærings- og veiledningsmodeller i skjermede demensavdelinger og kartleggingsstudier som avdekker omfanget av denne problematikken kan gi viktige bidrag.

TAKK

Forfatterne vil takke sykepleierne som delte sine opplevelser og bidro til ny kunnskap om arbeidshverdagen på skjermede sykehjemsavdelinger i Norge.

REFERANSER

1. GjØra L, Kjelvik G, Strand BH, Kveller-Alme K, Selbæk G. Forekomst av demens i Norge. Demensplan 2020. TØnsberg: Forlaget Aldring og helse; 2020.
2. Engedal K, Tveito M. Demens. I: Engedal K, Tveito M, red. Alderspsykiatri. TØnsberg: Forlaget aldring og helse – akademisk; 2019:360–416.
3. Magnavita N, Heponiemi T. Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. BMC Health Serv Res. 2012;12(1):108. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-108>
4. Bakke B, Degerud E, Gravseth HM, Hanvold TN, LØvseth EK, Mjaaland BB, et al. Faktabok om arbeidsmiljø og helse. STAMI-rapport, 22(4). Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt; 2021. Available from: <https://stami.no/publikasjon/faktabok-om-arbeidsmiljo-og-helse-2021/>
5. Boström AM, Mitchell A, Sales AE, Estabrooks CA. Workplace aggression experienced by frontline staff in dementia care. J Clin Nurs. 2012;21(9–10):1453–65. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03924.x>
6. Isaksson U, Graneheim UH, Åström S, Karlsson S. Physically violent behaviour in dementia care: Characteristics of residents and management of violent situations. Aging Ment Health. 2011;15(5):573–79. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.556600>

7. Drennan JL, Lafferty A, Treacy MP, Fealy G, Phelan A, Lyons I, et al. Older People in Residential Care settings. Results of a National Survey of Staff-Resident Interactions and Conflicts. Dublin: Lenus; 2012. Available from: <https://www.lenus.ie/handle/10147/301725>
8. Lachs M, Rosen T, Teresi, J A, Eimicke MS J P; Ramirez M, Silver S. et al. Verbal and Physical Aggression Directed at Nursing Home Staff by Residents. *J Gen Intern Med.* 2013;28(5):660–67. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2284-1>
9. Schablon A, Zeh A, Wendeler D, Peters C, Wohler C, Harling M, et al. Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2012;2(5):e001420. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001420>
10. Schablon A, Wendeler D, Kozak A, Nienhaus A, Steinke S. Prevalence and Consequences of Aggression and Violence towards Nursing and Care Staff in Germany-A Survey. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(6):1274. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061274>
11. Nybakken S, Strandås M, Bondas T. Caregivers' perceptions of aggressive behaviour in nursing home residents living with dementia: A meta-ethnography. *J Adv Nurs.* 2018;74(12):2713–26. <https://doi.org/doi:10.1111/jan.13807>
12. Holst A, Skär L. Formal caregivers' experiences of aggressive behaviour in older people living with dementia in nursing homes: A systematic review. *Int J Older People Nurs.* 2017;12(4). <https://doi.org/10.1111/opn.12158>
13. Scott A, Ryan A, James I, Mitchell EA. Perceptions and implications of violence from care home residents with dementia: a review and commentary. *Int J Older People Nurs.* 2010;6(2):110–22. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00226.x>
14. Pariona-Cabrera P, Cavanagh J, Bartram T. Workplace violence against nurses in health care and the role of human resource management: A systematic review of the literature. *J Adv Nurs.* 2020;76(7):1581–93. <https://doi.org/10.1111/jan.14352>
15. Sun M, Mainland BJ, Ornstein TJ, Sin GL, Herrmann N. Correlates of nursing care burden among institutionalized patients with dementia. *Int Psychogeriatr.* 2018;30(10):1549–55. <https://doi.org/10.1017/S104161021800025X>
16. Mento C, Silvestri MC, Bruno A, Muscatello MRA, Cedro C, Pandolfo G, et al. Workplace violence against healthcare professionals: A systematic review. *Aggress Violent Beh.* 2020;51:1–8. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101381>
17. Diehl E, Rieger S, Letzel S, Schablon A, Nienhaus A, Escobar Pinzon LC, et al. The relationship between workload and burnout among nurses: The buffering role of personal, social and organizational resources. *PLoS ONE.* 2021;16(1):e0245798. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245798>
18. Aagestad C, Tyssen R, Johannessen HA, Gravseth HM, Tynes T, Sterud T. Psychosocial and organizational risk factors for doctor-certified sick leave: a prospective study of female health and social workers in Norway. *BMC Public Health.* 2014;14(1):1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1016>
19. Friis K, Larsen FB, Lasgaard M. Physical Violence at Work Predicts Health-Related Absence From the Labor Market: A 10-Year Population-Based Follow-Up Study. *Psychology of violence.* 2018;8(4):484–94. <https://doi.org/10.1037/vio0000137>
20. Malterud K. Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health.* 2012;40(8):795–805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
21. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual in Health Care.* 2007; 19(6): 349–57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
22. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Ferney-Voltaire: World Medical Association; 2018. Available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
23. Alver BG. Ansvar for den enkelte. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene; 2015. Available from: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/personvern/ansvar-for-den-enkelte/>

24. UiT Norges arktiske universitet. Informasjonssikkerhet og personvern ved UiT. Tromsø: UiT; u.å. Available from: https://uit.no/om/informasjonssikkerhet#kapittel_639070
25. Norsk senter for forskningsdata. Personverntjenester. Oslo: Norsk senter for forskningsdata (u.å.). Available from: <https://www.nsd.no/personverntjenester>
26. Rognstad MK, Nåden D. utfordringer og kompetanse i demensomsorgen – pleieres perspektiv. *Nordisk Sygeplejeforskning*. 2011;(02):143–55. <https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2011-02-07>
27. Varcoe C, Pauly B, Storch J, Newton L, Makaroff K. Nurses' perceptions of and responses to morally distressing situations. *Nurs Ethics*. 2012;19(4):488–500. <https://doi.org/10.1177/0969733011436025>
28. Selbæk G. Nevropsykiatriske symptomer. I: Engedal K, Haugen PK, red. Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse – akademisk; 2018:245–59.
29. Brophy JT, Keith MM, Hurley M. Assaulted and Unheard: Violence Against Healthcare Staff. *NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*. 2018;27(4):581–606. <https://doi.org/10.1177/1048291117732301>
30. Pijl-Zieber EM, Awosoga O, Spenceley S, Hagen B, Hall B, Lapins J. Caring in the wake of the rising tide: Moral distress in residential nursing care of people living with dementia. *Dementia (London)*. 2018;17(3):315–36. <https://doi.org/10.1177/1471301216645214>
31. Midtbust MH, Gjengedal E, Alnes RE. Moral distress - a threat to dementia care? A qualitative study of nursing staff members' experiences in long-term care facilities. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):290. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07695-y>
32. Braedley S, Owusu P, Przednowek A, Armstrong, P. We're told, 'Suck it up': Long-Term Care Workers' Psychological Health and Safety. *Ageing Int*. 2017;43(1):91–109. <https://doi.org/10.1007/s12126-017-9288-4>
33. Lov 17.06.2005 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). Lovdata. Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>
34. Vincent-Höper S, Stein M, Nienhaus A, Schablon A. Workplace Aggression and Burnout in Nursing-The Moderating Role of Follow-Up Counseling. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(9):3152. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093152>
35. Duan X, Ni X, Shi L, Zhang L, Ye Y, Mu H, et al. The impact of workplace violence on job satisfaction, job burnout, and turnover intention: the mediating role of social support. *Health Qual Life Outcomes*. 2019;17(1):93. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1164-3>
36. Funk L, Spencer D, Herron R. Making sense of violence and victimization in health care work: The emotional labour of 'not taking it personally'. *International Review of Victimology*. 2021;27(1):94–110. <https://doi.org/10.1177/0269758020953760>
37. Ferri P, Silvestri M, Artoni C, Di Lorenzo R. Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study. *Psychol Res Behav Manag*. 2016;9:263–75. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S114870>
38. McCarthy J, Gastmans C. Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. *Nurs Ethics*. 2015;22(1):131–52. <https://doi.org/10.1177/0969733014557139>
39. Spenceley S, Witcher CS, Hagen B, Hall B, Kardolus-Wilson A. Sources of moral distress for nursing staff providing care to residents with dementia. *Dementia*. 2017;16(7):815–34. <https://doi.org/10.1177/1471301215618108>
- 40) Norsk Sykepleierforbund (NSF). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: NSF; 2001. Available from: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>