



Hvordan kan sykepleier ved bruk av personsentrert tilnærming styrke egenomsorgen til hjemmeboende personer med demens?

Kandidatnummer: 714
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9253
Dato: 16.04.18

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 16.04.18
Tittel Å bli boende hjemme lenger med demensdiagnose	
<u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier ved bruk av personsentrert tilnærming styrke egenomsorgen til hjemmeboende personer med demens?	
<u>Teoretisk perspektiv</u> Det sykepleiefaglige perspektivet anvendt i oppgaven har tatt utgangspunkt i teori om egenomsorg av Dorothea Orem. Det er i tillegg til dette brukt et rammeverk for personsentrert omsorg i sykepleiepraksis for å belyse arbeidsmetoden til sykepleier. Målgruppen er beskrevet etter teori om demens og hvilke utfordringer diagnosen medfører på et psykososialt nivå. Som ikke-medikamentell metode er det blant annet presentert et tiltak som vil være et viktig hjelpemiddel for fremtiden, og som bidrar til å danne et grunnlag for drøftingen. I tillegg til dette er det anvendt etiske og juridiske rammer.	
<u>Metode</u> I oppgaven er det brukt en systematisk litteraturgjennomgang. Det er brukt relevant faglitteratur, fag- og forskningsartikler, samt egne erfaringer for å belyse problemstillingen.	
<u>Drøfting</u> På bakgrunn av den teoretiske forankringen, juridiske og etiske aspekter, samt mine egne erfaringer, er problemstillingen drøftet. Drøftingen tar utgangspunkt i de utfordringer hjemmesykepleieren møter, og hvordan dette kan hindre personsentrert tilnærming i samhandlingen med personer med demens. Egenomsorg er avhengig av både indre og ytre ressurser. Personer med demens vil ha svekkede indre ressurser, og det vil derfor være behov for kompenserende eller støttende innsats fra helsetjenestene. Relevant forskning på områdene bidrar til å belyse problemstillingen.	
<u>Avslutning</u> Det stilles krav til kunnskap om pasientgruppen for å kunne implementere en personsentrert sykepleiepraksis. Mange ønsker å bli boende hjemme så lenge som mulig, og med en	

voksende eldrebefolkning møter hjemmesykepleien utfordringer når det gjelder å styrke egenomsorgen til den enkelte. Velferdsteknologi er foreslått som et av tiltakene for å møte denne utfordringen.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensning	2
1.4 Begrepsavklaring	3
1.5 Oppgavens oppbygning	3
2. Teori	4
2.1 Demens	4
2.1.2 Den subjektive opplevelse av demens	4
2.1.3 Konsekvenser for de grunnleggende psykososiale behov	5
2.2 Sykepleierteori om egenomsorg	5
2.3 Rammeverk for personsentrert sykepleie	6
2.4 Ethiske aspekter	7
2.5 Juridiske aspekter	7
2.6 Velferdsteknologi	8
3. Metode	10
3.1 Metodebeskrivelse	10
3.2 Fremgangsmåte	10
3.3 Valg av faglitteratur	10
3.4 Valg av forskningslitteratur	11
3.5 Kildekritikk	11
3.6 Ethiske vurderinger	12
4. Presentasjon av forskningsartikler	13
5. Drøfting	15
5.1 Tilrettelegging av omsorgsmiljøet. De ytre ressurser	15
5.1.1 Holdninger og integritet	15
5.1.2 Tidsnød - en utfordring.....	17
5.1.3 Kontinuitet og kvalitet	18
5.1.4 Kunnskap om demens.....	19
5.2 Styrking av egenomsorg	21
5.2.1 Kunnskap og engasjement: en forutsetning for praksis	21
5.2.2 Relasjonsbygging	22
5.2.3 Samspillet mellom sykepleier og pasient	24
5.3 Velferdsteknologi - fremtidens omsorg	26
6. Avslutning	28
7. Referanseliste	30

1. Innledning

Jeg vil i dette kapittelet beskrive min bakgrunn for valg av tema, og formålet med oppgaven. Deretter vil jeg presentere min problemstilling, som følges opp av avgrensninger og en begrepsavklaring. Deretter vil kapitlene for teori, metode og selve besvarelsen av oppgaven bli presentert. Avslutningsvis vil jeg oppsummere mine funn.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Verdens helseorganisasjon (WHO) utpekte i 2012 demens til å være vår tids største folkehelseutfordring på verdensbasis (Rokstad, 2014). Over 70 000 mennesker i Norge lever med demens per i dag, og nærmere 50 millioner på verdensbasis. Dette er tall som ventes å dobles innen 2040, og skyldes en økt eldrebefolkning (nasjonalforeningen, 2018). Til tross for mye forskning rundt demens, finnes det verken en kur eller effektive forebyggende tiltak, noe som gjør at kvaliteten på sykepleierens omsorg til denne pasientgruppen blir stadig viktigere (Demensplan, 2020, Digby, Williams & Lee, 2012).

Etter Samhandlingsreformens innføring i 2012, er det blitt et økt fokus på å bli boende hjemme så lenge som mulig (Helse- og omsorgsdepartementet, HOD, 2009). Det er over 200 000 mennesker som mottar hjelp av pleie- og omsorgstjenesten hver dag, og over 40 % av brukere over 70 år i hjemmesykepleien har diagnosen demens (Demensplan, 2020). I følge nasjonale retningslinjer for demens, har pasientene krav på tilrettelagte helsetjenester etter sine behov og interesser, iverksatt etter prinsippene om personsentrert omsorg (helsedirektoratet, 2017). Samtidig som at det blir en økt eldre befolkning, er det også spådd en mangel på helsepersonell i fremtiden, noe som vil føre til utfordringer for helse- og omsorgstjenestene. Dette krever nye metoder for hvordan samfunnet skal utnytte menneskelige- og materielle ressurser. En innføring av velferdsteknologi er derfor en av målsetningene etter Samhandlingsreformen, hvor fokuset ligger på «helsefremmende arbeid, forebyggende helsetjenester, tidlig innsats og yte tjenester der folk bor» (Nakrem & Spilker, 2014).

Jeg har selv jobbet i hjemmetjenesten i syv år, og gjort en rekke erfaringer knyttet til personer med demens. Som snart ferdig utdannet sykepleier, merker jeg at jeg har oppnådd et

kunnskapsløft på dette området som gjør det både tryggere og morsommere å jobbe med denne pasientgruppen. Formålet med oppgaven er nettopp å belyse viktigheten av å ha nok kunnskaper om demens for å kunne gi et tilrettelagt omsorgstilbud mens de syke fortsatt bor hjemme. Å ha en demensdiagnose innebærer svekket evne til egenomsorg, noe som vil redusere muligheten den enkelte har til å bli boende hjemme, noe som mange ønsker. Svikt i egenomsorg fører til at de blir avhengig av bistand enten fra pårørende eller fra helsepersonell i hjemmesykepleien. For sykepleiere er det viktig å inneha nok kunnskaper og et engasjement i sitt arbeid for å kunne gi god omsorg til personer med demens.

1.2 Problemstilling

Etter valg av tema har jeg utarbeidet denne problemstillingen:

Hvordan kan sykepleier ved bruk av personsentrert tilnærming styrke egenomsorgen til hjemmeboende personer med demens?

1.3 Avgrensning

Jeg har valgt hjemmesykepleien som kontekst for oppgaven. For å avgrense oppgaven, har jeg valgt å fokusere på den eldre person med demens som bor hjemme og mottar sykepleie etter vedtak fra kommunen. Jeg ønsker å fokusere på de med mild til moderat grad av aldersdemens som er fysisk spreke, men som trenger tett oppfølging av helsevesenet for å bevare livskvalitet og funksjon (Kirkevold, 2014). Jeg utelukker derfor de med mer langtommen demens da en kan se for seg at disse mest sannsynlig befinner seg i sykehjem. Aldersdemens er «demenssykdommer, uansett årsak og type, som oppstår i høy alder, som er irreversible og progressiv» (Engedal & Haugen, 2009). Med dette velger jeg å ikke bare se på én enkelttype av demens, men ha en generell tilnærming til alle typer.

Grunnet oppgavens omfang og vinkling, vil jeg her utelukke pårørende. Jeg vil likevel presisere viktigheten av rollen som pårørende har i samspill med den demente, og sykepleier har også som oppgave å ivareta pårørendes behov og interesser.

Jeg vil i teorien vise til et rammeverk for personsentrert sykepleie, hvor jeg har valgt å fokusere på de tre første elementene i drøftingen og problematisere disse i lys av hjemmesykepleien som kontekst. Det siste elementet har jeg valgt å ikke ta med da forfatterne

poengterer mangelen på verktøy for å evaluere rammeverkets effekt (McCormack & McCance, 2010).

1.4 Begrepsavklaring

For en mest mulig personsentrert tilnærming, er «personer med demens» foretrukket fremfor «demente». Dette er rettet fokuset på personen med demenssykdommen, fremfor et generalisert fokus på sykdom, symptomer og funksjonssvikt (Rokstad, 2008).

I hjemmesykepleien blir «bruker» brukt for å omtale de som mottar helsetjenester; i en behandlingssammenheng blir brukerbegrepet rettet mot brukerens ressurser, hvor det er fokus på delaktighet (Fjørtoft, 2016). På bakgrunn av dette, kommer jeg til å bruke ordet bruker i de forbindelsene det passer, slik som brukermedvirkning. Pasient velger jeg å bruke etter tolkning av pasient- og brukerrettighetslovens § 1-3, om at alle som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten, herav hjemmesykepleien, er pasienter (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Når det gjelder begrepet for helsetjenesten, bruker jeg «hjemmesykepleien».

Hjemmesykepleien er termen som viser til at det er sykepleier som yter helsetjenesten, og innebærer at helsehjelpen blir utført i den enkeltes hjem. Tilbudet er for alle, uavhengig av alder og sykdomstilstand. Andre termer som hjemmetjenesten vil bli utelukket da dette omfavner andre typer tjenester enn sykepleiers oppgaver, slik som hjemmehjelp, fysioterapi og støttekontakter (Fjørtoft, 2016).

1.5 Oppgavens oppbygning

Med bakgrunn i teorien, vil jeg svare på problemstillingen min ved å vise til ulike forhold i hjemmesykepleien som truer egenomsorgen til den enkelte pasient. Dorothea Orems teori om egenomsorg vil brukes for å belyse sykepleiers rolle. Rammeverket for personsentrert sykepleie utformet av McCormack og McCance (2010), vil brukes gjennomgående i oppgaven, og de ulike elementene vil problematiseres ved bruk av forskningsartikler. For å styre oppgaven i retning av Samhandlingsreformens målsetninger om helsefremmende og forebyggende helsetjenester, vil jeg avslutningsvis i drøftingen legge frem velferdsteknologi for å kunne møte fremtidens utfordringer i kommunenes helse- og omsorgstjenester, og utfordringer som kommer med denne teknologiske utviklingen. Til slutt vil jeg gi et kort sammendrag av oppgavens funn, og trekke en konklusjon.

2. Teori

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere de teorier jeg mener er sentrale og relevante for min oppgave. Teoriene er hentet fra fagbøker og fagartikler. Det vil også bli presentert et rammeverk for sykepleiepraksis.

2.1 Demens

Demens er definert som «et syndrom som skyldes sykdommer etter skader som primært påvirker hjernen, som vanligvis er av kronisk eller progressiv karakter, kjennetegnet med svikt i en rekke høyere kortikale funksjoner som hukommelse, orientering, evne til å oppfatte og tenke, innlæring (...), og dømmekraft» (Engedal & Haugen, 2009). Viktigste symptomet på demens er hukommelsessvikt, og må være tilstede for at diagnose skal kunne stilles. Redusert evne til å utføre daglige aktiviteter er et vanlig symptom, og må kunne knyttes opp til den reduserte hukommelsen. Tilstanden er kronisk, og kan ikke kureres (Engedal & Haugen, 2009). De som rammes vil gradvis bli mer hjelpetrengende, og vil ha behov for hjelp fra andre. Sent i forløpet av sykdommen, vil de fleste også oppleve endringer i personlighet og væremåte (Demensplan, 2020).

2.1.2 Den subjektive opplevelse av demens

Det å ha en demenssykdom vil oppleves forskjellig for den enkelte (Rokstad, 2014), men vil for de fleste føre til mange endringer og utfordringer, ikke bare for personene selv, men også for menneskene rundt dem. Hverdagen vil preges av en kamp for å mestre tilværelsen, og det blir mer nødvendig å leve i nåtid, og ikke i fortid eller fremtid (Rokstad, 2008). Etter å ha fått diagnosen, vil vedkommende oppleve at deres verden blir endret, og de trygge omgivelsene reduseres. Frustrasjon og sinne er vanlig ved egen oppdagelse av manglende funksjon, og det kan være flaut å innrømme at en ikke lenger husker informasjon (Rokstad, 2008). Angst vil hos noen vise seg ved manglende forståelse av det som skjer rundt dem, og vedkommende kan føle trang til å komme seg vekk. En følelse av ensomhet og en frykt for fremtiden kan føre til at personen med demens blir sosialt fraværende. En kan plutselig glemme hvordan diverse redskaper skal brukes, og en kan glemme kjente personer og fakta om eget liv. En føler seg ofte i veien, og trekker seg tilbake i et forsøk på å mestre situasjonen. Selvbildet trues ved at de rundt oppfatter vedkommende annerledes enn før, og mange vil vegre seg for å være åpne om diagnosen med den rammede (Rokstad, 2014). Dette kan gi redusert egenverd

og følelsesmessige reaksjoner, slik som tristhet, agitasjon og depresjon. Depresjon forekommer hyppig ved demens, som en følge av redusert evne til å mestre og tilpasse seg den nye situasjonen (Engedal & Haugen, 2009).

2.1.3 Konsekvenser for de grunnleggende psykososiale behov

Mennesket preges av ulike grunnleggende psykososiale behov som er vesentlige for hvordan vi har det og for hvordan vi opplever tilværelsen vår (Eriksen, 2015). Grunnleggende psykologiske behov som: *trøst, tilhørighet, identitet, inklusjon* og *beskjeftigelse*, er behov som alle mennesker har. Disse faller ikke bort ved demensdiagnose, men heller forsterkes (Kitwood, 1997). Eksempelvis handler det å ha en *identitet* om å være tilknyttet til fortid og nåtid, noe som gir evnen til å fortelle om seg selv til andre. Dette kan bli en utfordring dersom personer med demens ikke lenger husker hvor en kommer fra. *Inklusjon* er også viktig for den demensrammede, hvor det å bli inkludert i sosiale sammenhenger eller beslutninger som vedgår en selv er vesentlig for følelsen av velvære (Skovdahl & Berentsen, 2014). Begrepet «personsentrert omsorg» ble først presentert av Tom Kitwood, og har i nyere tid erstattet det tidligere begrepet om individualisert sykepleie (Kirkevold, 2014). Kitwood introduserte i boken *Dementia Reconsidered- the person comes first*, hvordan en personsentrert tilnærming skulle brukes i behandlingen av personer med demens (Kitwood, 1997). For å kunne utøve en personsentrert sykepleie til den demensrammede, må sykepleier vite hvilke grunnleggende behov pasienten har (Røsvik et.al, 2016), noe som innebærer at sykepleier må «kjenne pasienten» på et personlig nivå, og vet hva pasienten ser på som betydnings- og meningsfullt. Personsentrert omsorg har i de senere årene fått et økt fokus for riktig omsorg til personer med demens i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016).

2.2 Sykepleierteori om egenomsorg

Teorien om egenomsorg ble introdusert av Dorothea Orem, og er i dag en velkjent sykepleierteori innenfor faget. Hun beskriver egenomsorg som «handlinger personen selv iverksetter og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære» (egen oversettelse, Orem, 1991 i Hartweg, 1991). I utgangspunktet har mennesket ressurser nok til å ta vare på seg selv, og dekker dermed de grunnleggende behov uten bistand fra andre. Når alder og sykdom trer inn, vil evnen til egenomsorg trues, og den enkelte vil etter hvert ha behov for hjelp til å opprettholde evnen til egenomsorg (Kirkevold, 2014). Orem identifiserer

tre sykepleierroller som vil påvirke hvordan egenomsorgen til pasienten blir ivaretatt. Disse tre rollene er; *helt kompensierende, delvis kompensierende, og støttende/veiledende*. Sykepleier må kontinuerlig kartlegge svikten til den demensrammede, og igangsette relevante tiltak deretter, hvor sykepleierrollen ikke unødvendig skal ta over aktiviteter pasienten selv kan gjøre (Orem, 1991 i Hartweg, 1991). Orem poengterer derfor viktigheten av å ha pasientens ressurser i fokus, slik at de best mulig kan utnytte ressursene til å utføre aktivitetene selv. Dette krever en balanse mellom de indre ressurser som den demensrammede har, slik som krefter, motivasjon, vilje og kunnskap, og de ytre ressursene som befinner seg i omgivelsene (Orem, 1991 i Hartweg, 1991, Kirkevold, 2014). Ytre ressurser dreier seg blant annet om å tilpasse miljøet rundt og tilrettelegge for støtte fra pårørende og sykepleiere i helsetjenesten (Kirkevold, 2014).

2.3 Rammeverk for personsentrert sykepleie

I nyere tid er det blitt skrevet mye rundt temaet om personsentrert omsorg, blant annet av Brendan McCormack og Tanya McCance. I boken *Person-centred nursing, theory and practice* (2010), presenterer forfatterne et rammeverk for personsentrert sykepleie (PCN Framework), basert på egne studier om personsentrert praksis med eldre, og erfaringer med omsorg i sykepleien. I følge McCormack og McCance, er det å jobbe personsentrert lenge vært assosiert med sykepleie, hvor det å være sykepleier implisitt innebærer å være en omsorgsgiver. Som et resultat av de forventningene om at alle skal motta en minimums standard av omsorg, som er bygget på de prinsipper om å behandle mennesket som individer, respektere deres rettigheter og skape et likeverdig tillitsforhold, presenterer de fire elementer i rammeverket. Her blir de tre første elementene presentert: *forutsetninger*: et fokus på sykepleiers kunnskaper. Sykepleier må være kompetent, forpliktet til sitt arbeid, og være klar over sin egen tro og verdier. *Kontekst*: hvordan er konteksten omsorgen er gitt i, med et fokus på de ansattes ferdigheter og kunnskaper, og organisasjonens tankegang rundt temaet. *Personsentrerte prosesser*: med et fokus på selve overføringen av omsorgen gjennom visse aktiviteter og metoder. Pasientens verdier står i sentrum og pasientmedvirkning er vektlagt (McCormack & McCance, 2010).

Forfatterne argumenterer for at å jobbe innenfor dette rammeverket vil føre til at pasientene blir mer fornøyd med omsorgen, de blir mer involvert, de får økt følelse av velvære, og omsorgsmiljøet bedres.

2.4 Etiske aspekter

Faglig forsvarlighet skal sikre trygghet til pasientene og helsetjenestene, og kompetansen som sykepleier innehar kommer til uttrykk gjennom kunnskap, ferdigheter og holdninger. Lovens formål er å «bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten» (Helsepersonelloven §4, 1999). De yrkesetiske retningslinjene skal sikre høy etisk standard blant sykepleiere, hvor verdier om «barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter» er sentrale. International Council of Nurses (ICN), beskriver ansvarsområdene for sykepleiers praksisutøvelse under de grunnleggende etiske prinsipper om å: «fremme helse, forebygge sykdom, å gjenopprette helse og hindre lidelse» (Sneltvedt, 2005). Dette kan ses sammen med de fire etiske prinsippene om velgjørenhet, som handler om plikten til å gjøre godt mot andre, ikke skade-prinsippet, autonomiprinsippet, som handler om plikten til å respektere autonome personers beslutninger, og prinsippet om rettferdighet, hvor en skal behandle like tilfeller likt (Brinchmann, 2005).

Nærhetsetikk er en tilnærming til moralsk praksis, og handler om sykepleieres væremåter og holdninger, og hvordan det preger situasjonen og relasjonen med pasienten. I nærhetsetikken er det den mellommenneskelige relasjonen som er utgangspunkt for etikken, hvor fokuset er på samspillet mellom to ulike individer. Den er preget av et etisk og faglig skjønn, hvor skjønnet består av sykepleiers eksakte kunnskap, men også av intuisjoner, magefølelse og det tause (Brinchmann, 2005).

2.5 Juridiske aspekter

Hjemmesykepleien arbeider som alt annet helsepersonell etter helsepersonelloven §4: «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (helsepersonelloven, §4, 1999).

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011), er den mest sentrale loven for hjemmesykepleien, og beskriver hvilke oppgaver kommunen skal sørge for. Lovens formål skal sikre at helsetjenesten blant annet virker forebyggende, den skal behandle, og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Under kvalitetsforskriften skal kommunale helsetjenester «etablere et system som søker å

sikre at» brukere får ivaretatt sine grunnleggende behov «med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel» (kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 1, 2003).

Med inntredelsen av Samhandlingsreformen i 2012, *Rett behandling- på rett sted- til rett tid*, er flere omfattende oppgaver blitt overført til kommunehelsetjenesten, hvor det er lagt vekt på tidlig innsats fremfor sen. «Kommunene har ansvaret for tjenestetilbudet til alle med behov for omsorgstjenester, uavhengig av alder eller diagnose» (HOD, 2009). Et viktig aspekt ved Samhandlingsreformen, er at alle tjenestene skal innrettes slik at alle mottakere av helsetjenestene skal oppleve mestring og gjenopprette egenomsorg. Med dette, ønsker jeg å påpeke hvordan Orems teori om egenomsorg er relevant for min oppgave, og hvordan en personsentrert tilnærming i praksis, samsvarer med Samhandlingsreformen.

Når det gjelder brukers rettigheter, er disse sikret i lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999), hvor pasienten har rett til informasjon og medvirkning. Brukermedvirkning er bygget på de grunnleggende menneskerettigheter, hvor retten til autonomi, til informert samtykke i behandlinger og til respekt for personlig integritet er sentralt. Et viktig mål med brukermedvirkning er bedre kvalitet i helsetjenestene, og øke brukerens innflytelse. Dette betyr ikke at helsepersonell kan overgi sitt faglige ansvar, men heller at det jobbes for å få til et samarbeidsforhold mellom bruker og tjenesteyter (St.meld. 29, 2013).

2.6 Velferdsteknologi

Velferdsteknologi er et område som i den siste tiden har bidratt til å prege utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. I følge Hagenutvalget (NOU 2011:11), kan velferdsteknologi defineres som:

«Teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltagelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, som styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte for pårørende og bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon» (Kap. 7, s. 99).

Etter stortingsmeldingen *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29 (2012-2013)), har Stortinget vedtatt en satsing på velferdsteknologi. Dette er for å best imøtekomme prinsippene for gode helse- og omsorgstjenester som nevnes i stortingsmeldingen. Velferdsteknologi kan bli en viktig faktor for fremtidens demografiske utfordringer. Det er også et viktig verktøy innenfor helsefremmende arbeid for å forebygge blant annet fall og ensomhet hos personer med demens. Innenfor demensomsorgen, vil hjelpemidler innenfor velferdsteknologi bidra til å at personer med demens kan mestre aktiviteter og daglige gjøremål. Her brukes det hjelpemidler som brukeren selv er delaktig i, såkalt aktiv teknologi. Eksempler på dette kan være digital kalender, elektronisk medisindispenser og tilpasset fjernkontroll. Eksempel på passiv teknologi kan være bruk av GPS. Dette er for å føre tilsyn av brukeren for helsepersonell og pårørende (Velferdsteknologiens ABC). Dette medfører blant annet en del etiske utfordringer i forhold til personvern (Helsedirektoratet, 2012).

3. Metode

I dette kapitlet legger jeg frem metode for oppgaven og hvordan jeg har kommet frem til relevant litteratur, samt hvordan jeg har funnet frem til de utvalgte forskningsartiklene. Dette er litteratur som har vært relevant for min oppgave for å best kunne svare på problemstillingen. Alle artiklene er valgt ut ifra et bevisst ståsted, og jeg har vært kritisk til det jeg har funnet. Jeg har også brukt egne erfaringer som ansatt i hjemmesykepleien. Under kildekritikk vil jeg presentere svakheter ved den anvendte litteraturen.

3.1 Metodebeskrivelse

Oppgaven er en litterær oppgave. Dette beskriver Dalland (2012) som oppgaver som hovedsakelig er bygget på skriftlige kilder som belyser en problemstilling. Vurdering av de skriftlige kildene som er brukt, blir gjort i form av kritikk av kildene, som er redskapet for metoden. Sosiologen Vilhelm Aubert (1985), har definert metode som: «en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (gjengitt i Dalland, 2012).

3.2 Fremgangsmåte

Dalland (2012), anbefaler å gjøre et innledende kildesøk for å få en oversikt over temaet en ønsker å skrive om, og for å finne ut hvor mye stoff det finnes på det valgte temaet. Før jeg gjorde dette, begynte jeg prosessen med å skrive ned mine egne erfaringer innenfor feltet, og det jeg allerede visste om hjemmesykepleien. Deretter leste jeg i pensumbøker der jeg kunne finne relevant litteratur knyttet til min problemstilling. I spesielt en av pensumbøkene, *Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten*, fant jeg gode artikler jeg kunne benytte meg av.

3.3 Valg av faglitteratur

Faglitteraturen jeg har valgt å bruke i oppgaven, er hovedsakelig plukket ut fra relevant pensum gjennom studiet. Jeg har også måttet kjøpe en del tilleggsbøker. Det er spesielt to bøker jeg har benyttet meg mye av som jeg ønsker å legge vekt på her. Det er *Person-centred nursing- theory and practice*, skrevet av Brendan McCormack og Tanya McCance, og

Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter, av Ann-Kristin Fjørtoft. Dette er bøker som har vært mest relevante for innhold og kontekst.

3.4 Valg av forskningslitteratur

For å finne relevant forskningslitteratur, har jeg hovedsakelig benyttet meg av Pubmed, som er en database med et helsefaglig ståsted. Jeg har benyttet meg av engelske søkeord. For å finne gode engelske ord, har jeg brukt Norsk Mesh på Lovisenberg sin hjemmeside. De søkeordene jeg har brukt mest er, dementia, home care OR home health care, person-centred care, self-care, nurse, og decision-making. For å avgrense mine søk, har jeg holdt meg til forskning som ikke er eldre enn ti år. Disse har vært tilgjengelige i fulltekst, og valgt ut etter at jeg har lest abstraktene i artiklene.

Tre av artiklene jeg har brukt, har jeg funnet gjennom boken *Geriatrisk sykepleie*, som jeg videre har søkt opp i Google. Dette gjelder artiklene «How do persons with dementia participate in decision making related to health and daily care», “Older people’s dependence on caregivers’ help in their own homes and their lived experiences of their opportunities to make independent decisions”, og “Care satisfaction among older people receiving public care and service at home or in special accommodation”.

Jeg har i tillegg til forskningsartikler, benyttet meg av andre publiserte fagartikler og fagrapporter som bidrar til å understøtte problemstillingen min.

3.5 Kildekritikk

Kildekritikk er viktig for korrekt evaluering av litteraturen som skal brukes i oppgaven. Kildekritikk handler om å vurdere og karakterisere litteratur (Dalland, 2012), og er viktig for å vise at en er i stand til å være kritisk til det kildematerialet som en finner og benytter seg av i oppgaven. Det har vært relativt lett å finne litteratur som omhandler temaet jeg har valgt, men det var likevel noen utfordringer i forhold til konteksten forskningen var gjort i. Det finnes lite forskningsbasert kunnskap om hjemmesykepleie i Norge (Gjevjon, 2015). Det er derimot gjort mye forskning i andre kontekster som for eksempel sykehjem og andre medisinske avdelinger, og jeg har derfor valgt to artikler som har bakgrunn fra andre kontekster. Jeg ser likevel at jeg kan trekke sammenlikninger til hjemmesykepleien og jeg har derfor valgt å bruke dem i oppgaven min, da de vil være av relevans i andre kontekster også. Jeg har benyttet meg hovedsakelig av primærlitteratur, men har også anvendt

sekundærlitteratur der det har vært vanskelig å få tak i den primære. Dette gjelder for eksempel boken til Donna Hartweg som skriver om Dorothea Orem. Jeg er klar over at dette fører med seg en viss risiko da tolkningen gjort av forfatteren kan ha gjort at innholdet har endret seg. Jeg er også klar over at ved engelske tekster kan innholdet bli tolket annerledes når det er oversatt til norsk, og poenger kan dermed bli borte.

Noen av bøkene jeg har anvendt er over ti år gamle. Dette gjelder *Dementia reconsidered, the person comes first* av Tom Kitwood. Boken hans er fortsatt referert til innenfor personsentrert omsorg. Boken til Donna Hartweg; *Dorothea Orem, Self-care deficit theory*, er også en bok jeg har valgt å bruke da teorien om egenomsorg av Dorothea Orem er svært relevant innenfor sykepleieyrket.

3.6 Ethiske vurderinger

Ettersom oppgaven er litterær og dermed basert på eksisterende kilder, er de forfatterne jeg har brukt kreditert gjennom arbeidet. Jeg har underveis vært bevisst på reglene for oppgaveskriving. Ettersom jeg bruker egne erfaringer fra hjemmesykepleien, kan dette være med på å farge tolkningen av temaet. Jeg har likevel prøvd å ikke la mine erfaringer være det som styrer besvarelsen, men de viser at jeg har reflektert over utfordringene i praksis.

4. Presentasjon av forskningsartikler

I dette kapittelet er det et utvalg av utslagsgivende forskningsartikler jeg har valgt å bruke i oppgaven min lagt frem i en artikkelmatrise. I tillegg til disse, er det brukt andre artikler og fagartikler som får frem sammenlikninger eller andre perspektiver på temaet.

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Helen Ross, Angela Mary Tod og Amanda Clarke	Understanding and achieving person-centred care: the nurse perspective	Journal of Clinical Nursing	Å presentere sykepleiernes forståelse og bruk av personsentrert omsorg i en akutt-medisinsk avdeling	Kvalitativ metode: Individuelle intervjuer av 14 sykepleiere	Sykepleiere hadde en god forståelse for viktigheten av personsentrert omsorg i sin praksis. De anerkjente viktigheten av relasjoner og personlige kvalifikasjoner. De respekterte prinsippene for personsentrert omsorg, og hva det gjorde for å sikre kvalitet i personsentrert tilnærming i praksis.
2	Staffan Karlsson, Anna-Karin Edberg, Ulf Jakobsson og Ingalill R Hallberg	Care satisfaction among older people receiving public care and service at home or in special accommodation	Journal of Clinical Nursing	Å utforske tilfredshet av omsorgen relatert til hvor pasientene bor, livskvalitet, nivå av avhengighet og andre helseplager for pasienter over 65 år som mottar kommunale omsorgstjenester	Kvalitativ metode: Intervju av 166 personer som mottok kommunale helse- og omsorgstjenester.	Misnøye til omsorgen gitt var relatert til aktiviteter der pasientene var avhengige av hjelp i ADL, angst og inkontinens for avføring. Høyest tilfredshet var relatert til hjelp til personlig hygiene. De som mottok hjelp i hjemmet var fornøyde med blant annet personlige relasjoner med de ansatte.
3	Kari Lislerud Smebye, Marit Kirkevold og Knut Engedal	How do persons with dementia participate in decision making related to health and daily care? A multi-case study	BMC Health Services Research	Få en bedre forståelse for hvordan personer med demens deltar i beslutninger for helse og omsorg og hvordan deres pårørende og profesjonelle omsorgsgivere påvirket beslutningene	Kvalitativ metode: halv-strukturerte intervjuer av et utvalg av 10 caser, med til sammen 30 deltagere bestående av personen med demens, deres pårørende og den	De profesjonelle omsorgsgiverne baserte pasientens kognitive kompetanse ut ifra erfaringer og ikke standardiserte tester. Det varierte hvordan personene med demens deltok i beslutningene. Den mest brukte metoden var delt beslutningstaking. Det

					profesjonelle omsorgsgiver.	forekom også ikke-inklusjon av pasienten.
4	Agneta Breitholtz, Ingrid Snellmann og Ingegerd Fagerberg	Older people's dependence on caregivers' help in their own homes and their lived experiences of their opportunity to make independent decisions	International Journal of Older People Nursing	Belyse de eldre pasientens avhengighet av hjelp fra omsorgsgivere, og deres mulighet til å ta egne avgjørelser	Kvalitativ metode: intervjuer av 12 eldre pasienter som bor hjemme, som er avhengige av bistand fra kommunale helsetjenester. En beskrivende fenomenologisk metode ble brukt for å forstå pasientens livserfaringer	Når de eldre pasientene blir mer avhengige av andres bistand, blir deres muligheter til å ta egne avgjørelser redusert, noe som førte til stress. Omsorgsgiverne behøvde en forståelse av hvem pasientene var som person

5. Drøfting

I denne delen av oppgaven vil jeg vise til hvilke utfordringer sykepleier møter som kan true bevaring av egenomsorgen til personer med demens i hjemmesykepleien. Ved å bruke relevant teori og forskningsartikler, vil jeg presentere ulike tiltak som kan iverksettes i hjemmesykepleien sett ut ifra rammeverket om personsentrert omsorg til McCormack & McCance i en sykepleie praksis. Jeg vil også belyse med mine egne erfaringer som ansatt i tjenesten for å underbygge påstander. Avslutningsvis ønsker jeg å presentere og problematisere velferdsteknologi som er i stor utvikling i hjemmesykepleien, og kan bidra til å tilpasse tjenestene til personer med demens. Stadig flere mottar nå helsetjenester i eget hjem, noe som har ført til at blant annet hjemmesykepleien arbeider mot målet om at «den enkelte skal kunne bo hjemme så lenge det er forsvarlig og ønskelig» (Fjørtoft, 2016). Velferdsteknologi har som mål å bidra til dette.

Her er en repetisjon av min problemstilling:

Hvordan kan sykepleier ved bruk av personsentrert tilnærming styrke egenomsorgen til hjemmeboende personer med demens?

5.1 Tilrettelegging av omsorgsmiljøet. De ytre ressurser

For å kunne styrke egenomsorgen til den hjemmeboende personen med demens, er det viktig at sykepleier har kjennskap til hvilke forhold som truer den enkeltes evne til å ta vare på seg selv. Etersom personens indre ressurser påvirker evnen til egenomsorg, må det skapes en god balanse mellom de indre ressurser og de ytre ressursene, herav hjemmesykepleien, for at et godt samarbeid skal kunne forekomme mellom pasienten og tjenesten (Fjørtoft, 2016). I følge Tønnesen og Nortvedt (2012), svikter derimot hjemmesykepleien på flere områder, blant annet å gi helsehjelp til avtalt tid, og individuell sykepleie. Det er mangel på forutsigbarhet, og pasientene vet ofte ikke hvem som kommer (Tønnesen & Nortvedt, 2012, Gjevjon, 2015).

5.1.1 Holdninger og integritet

Kitwood (1997), legger frem et fenomen som kan oversettes til «den ondartede sosialpsykologi». Med dette mener han at det foreligger en prosess som undergraver personer med demens. Samhandlingen mellom pleier og personen med demens vil da krenke

integriteten, og dermed svekke selvbildet. For at en slik kultur skal unngås, er det viktig at sykepleier gjør seg bevisst på hvilken pleiekultur de er en del av. Å endre holdningene rundt den demensrammede er essensielt for en god pleiekultur (Rokstad, 2009).

Sykepleiers holdninger er grunnleggende for den gamles oppfatning av kommunale helsetjenester i hjemmet, og er påpekt av brukere selv som essensielt for kvaliteten på omsorgstilbudet (Karlsson, Edberg, Jacobsson & Hallberg, 2012). Demens gjør at evnen til å ta egne beslutninger reduseres (Engedal & Haugen, 2009), men en skal ikke anta at personer med demens ikke er kapable til å ta avgjørelser (Smebye, Kirkevold & Engedal, 2012). I følge Demensplan 2020, har det vært for lite fokus på hvordan den enkelte med en demens diagnose oppfatter sin situasjon, og sykepleiere blir overrasket når personer med demens viser selvinnstekt og kan beskrive sin opplevelse av å ha sykdommen (Demensplan 2020, Rokstad, 2008).

Etter egne erfaringer fra hjemmesykepleien har jeg vært vitne til, og selv bidratt til, kompensere handlinger overfor pasienten. Det vil si at jeg har tatt over oppgaver som den demensrammede kunne gjort selv ved hjelp av motivasjon og veiledning. En slik kompensere rolle er det Orem (1991) beskriver som noe som sykepleier kun skal utføre dersom pasienten mangler evne og krefter (reduerte indre ressurser) til å gjøre det selv (Orem 1991, i Hartweg, 1991). Til tross for at dette oftest springer ut av sykepleiers beste intensjoner, vil slike underliggende holdninger om å kompensere for sykdomssvikt, resultere i en utilsiktet svekkelse av egenomsorgen til pasienten, samt ramme deres integritet (Rokstad, 2009), og følelse av å være inkludert. I følge studier på dette området, sier pasientene selv, at det er viktig å finne en balanse mellom dem og sykepleier slik at selvstendigheten blir opprettholdt så godt som mulig. Dersom sykepleier tar fullstendig over kontrollen, så de at de følte at deres selvbilde forandret seg, noe som ga følelsesmessige reaksjoner (Breitholtz, Snellman & Fagerberg, 2013). Dette gir følelsen av å ikke lykkes, og er like sterke hos de som er kognitivt tilstede som hos personer med demens (Kirkevold, 2014).

For å oppnå optimal pleie av personer med demens, må vi ifølge Rokstad (2009), gå helt bort fra et ensidig fokus på demenslidelsen og svikten den medfører, og konsentrere oss om den enkeltes opplevelse av sykdommen. Hvordan pasienten opplever situasjonen, avhenger av hvilket stadium av sykdommen de befinner seg i, og det er derfor viktig at sykepleier i en tidlig fase fanger opp deres opplevelser. Den tidlige fasen er som regel da personen med demens har mest innsikt, og kan oftest være den vanskeligste perioden for dem selv (Fjørtoft,

2016). Ved å jobbe med individets selvoppfatning, vil det bringe arbeidet i tråd med de yrkesetiske retningslinjene, som beskriver respekten for enkeltmenneskets liv og verdighet (NSF, 2011). For at holdninger skal kunne endres, kreves det mer kunnskap om demens innenfor hjemmesykepleien.

5.1.2 Tidsnød - en utfordring

Tid er en rammefaktor i hjemmesykepleien som stadig blir påpekt som en knapphet, og det som i størst grad styrer helsetjenesten. Tid blir ofte beskrevet som en moralsk verdi i helsetjenesten (Fjørtoft, 2016). Etter innføring av Samhandlingsreformens inntredelse (2012), har kommunene tatt imot pasienter som før lå utskrivningsklare i sykehus, og som nå kommer raskere tilbake. Dette gir en økning av antall brukere som mottar tjenester i hjemmet, og gir et naturlig tidspress for de ansatte i kommunehelsetjenesten. Dette har ført til at ansatte i hjemmesykepleien klager over tiden de har til hver enkelt pasient, at den ikke strekker til. I følge en rapport gjort om bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem, rapporterer flere av sykepleierne at de ikke har tid til å følge opp den enkelte pasient og deres behov, og dette gikk ut over muligheten de hadde til å iverksette egnede tiltak (Gautun & Bratt, 2014).

Det å ha nok tid hos den enkelte pasient, herav personer med demens, er avgjørende for at sykepleier skal kunne gi omsorg av god kvalitet. Det er en kamp mot klokken (Fjørtoft, 2016). Jeg har selv erfart hvordan dårlig tid og mange pasienter i løpet av en arbeidsdag, har gått ut over hvordan jeg har prioritert den enkelte, og dermed kvaliteten på omsorgen. Å ha liten tid har ofte gjort det lett for meg å ta kontroll, og ta over aktiviteter den demensrammede selv burde gjort slik at egenomsorgen har blitt redusert. Dette kommer også frem som pasientenes egne erfaringer med hjemmesykepleien, og hvordan mangel på tid ofte fører til at pasienten lar sykepleier ta kontroll. De trekker seg tilbake og tilpasser seg situasjonen, med en tanke om at det er andre der ute som har mer behov for hjelp enn dem. De ser dermed bort fra sine egne behov for hjelp, og pasientene lager unnskyldninger på vegne av hjemmesykepleien (Karlsson et.al, 2012, Breitholtz et.al, 2013). De påpeker også misnøye med at hjelpen ofte ikke kommer til korrekt tidspunkt, og er derfor ikke tilgjengelig når det trengs (Samuelsson & Wister 2000, i Karlsson et.al, 2012). Dette blir også påpekt av Gjevjon (2015), som sier at det er vanskelig å finne tid til å ta ekstra besøk dersom pasienten plutselig ringer og trenger hjelp med noe (Gjevjon, 2015).

Å bli kjent med individet bak demensdiagnosen, er et av behovene Kitwood (1997) nevner er viktige for å kunne gi personsentrert omsorg. Dette krever ofte ekstra tid og dedikerte sykepleiere. Arbeidsdagen er ofte preget av tidspress og mange forskjellige brukere, og evnen til å gi det lille ekstra utelates derfor av mange. Sykepleierens oppgaver kan bli overveldende, og kommunikasjon med pasienten kan ofte bli oppgave-sentrerte, fremfor personsentrert (Francis 2013, i Ross, Tod & Clarke, 2014). At sykepleiere ikke har tid til å ta individuelle hensyn og være fleksible, går utover kvaliteten på omsorgsfull hjelp (Tønnesen & Nordtvedt, 2012), og burde unngås på det sterkeste (Kitwood, 1997). Selv om tidspress er nevnt som en faktor som kan redusere bruken av personsentrert omsorg, er det ikke mye som skal til for å gjøre noe som betyr bedring for pasienten (Ross et.al, 2014). Dette kommer også frem hos Orem som poengterer at det kreves dedikerte sykepleiere som er villige til å handle (Orem, 1991 i Hartweg, 1991). Selv må jeg si at dette kan være vanskelig i praksis, hvor jeg stadig opplever hvordan en travel arbeidsdag går utover muligheten jeg har til å gjøre relevante handlinger hos den enkelte pasient. Tidspress har gjort at jeg blant annet ikke har fått evaluert pasientens dagsform, som kan variere hos mange. Dette handler ikke om mangel på dedikasjon, men mangel på tid som ressurs.

5.1.3 Kontinuitet og kvalitet

«Kontinuitet er en forutsetning for kvalitet i helsetjenestene våre, og et politisk og faglig mål» (Gjevjon, 2015). Å sikre kontinuitet i hjemmesykepleien er utfordrende, og hjemmesykepleien er ofte kritisert for mangel på kontinuitet. Personkontinuitet, relasjonen mellom pasient og helsepersonell (Gjevjon, 2015), kan trues ved at det er flere involverte hos den enkelte bruker, og ved at helsepersonell må forholde seg til mange pasienter. Å gi god omsorg krever at det er få ansatte som er i samhandling med brukerne, da særlig med de personene som har demens (Fjørtoft, 2016). Det er viktig å sikre trygge omgivelser rundt pasienten, og sykepleier må bidra til å knytte den enkeltes oppfatning av verden sammen med den «objektive» verden. Dette kan gjøres blant annet ved å begrense antall pleiere/sykepleiere som besøker den demente (Engedal & Haugen, 2009). Oslo kommune har lansert en satsning på nettopp bygging av tillit mellom pasient og sykepleier gjennom en modell som blant annet skal sørge for at hver enkelt mottaker ikke møter stadig skiftende pleiere (Oslo Kommune, 2018).

Å ha en annens hjem som arbeidsplass, fører til en del utfordringer både for sykepleier og mottager av helsehjelpen. Det er da særdeles viktig at sykepleier har respekt for den enkeltes

verdier, normer og regler, tradisjoner og vaner. Dette kan bli vanskelig dersom det er flere omsorgsgivere som besøker bruker, og det vil gå utover den personlige relasjonen som er spesielt viktig for personer med demens, og vil dermed true ivaretagelsen av egenomsorgen. Å sikre kontinuitet vil ikke bare skape rom for relasjonsbygging, men det vil også skape en gjensidig respekt mellom bruker og sykepleier (Karlsson et.al, 2012).

I følge kvalitetsforskriften skal kommunen søke å etablere et system som sikrer blant annet at brukeren opplever respekt og forutsigbarhet. Det er verdt å nevne at forskriften sier «å søke å sikre», altså brukerne har ikke krav på bestemte tjenester, men kommunene «pålegges å utarbeide prosedyrer som sikrer at brukerne får ivaretatt grunnleggende behov på en god måte». Dette betyr at det blant annet skal jobbes for å følge mottakerens normale døgnrytme, samt gi muligheten for å ivareta egenomsorgen, og det skal finnes tilbud tilrettelagt for personer med demens (kvalitetsforskriften §3, 2003). Behovene til den enkelte skal vurderes i henhold til kvalitetsforskriften, slik at tjenestene i hjemmesykepleien til enhver tid er faglig forsvarlig. Det må derfor være rom for at sykepleier kan ta mer helhetlige hensyn til den aktuelle pasienten, slik at verdier som trygghet og respekt kan beskyttes (Tønnessen & Nortvedt, 2012).

5.1.4 Kunnskap om demens

Det er behov for økt kunnskap om demens, både hos de som har fått diagnosen og deres familie, men også generelt i samfunnet. Dette må til for å normalisere stigmaet som ofte er forbundet med diagnosen. Dette gjelder også i tjenesteapparatet (Demensplan, 2020). I følge Demensplan 2020, som er utarbeidet etter tett samarbeid med personer med demens og deres pårørende (Regjeringen.no, 2015), uttrykker flere bekymring for manglende kunnskap om demens i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Mangel på kunnskap blir også nevnt som en bekymring blant helsepersonell selv, som bidrar til at personene med demens ikke får helsetilbudet de har krav på eller behov for (Demensplan, 2020). Engedal og Haugen (2009) påpeker også at det er mangel på opplæring. Dette gir konsekvenser, og preger kvaliteten på helsetilbudet. Krav på pleie fra kvalifisert helsepersonell er lovfestet (helsepersonelloven §4, 1999), men studier viser blant annet at pasienter er misfornøyde når gjelder kvaliteten på hjemmesykepleien. De eldre med en demensdiagnose ønsker pleie som er tilpasset deres evner og som er gitt av sykepleiere med egnet kunnskap, ferdigheter og kompetanse (Karlsson et.al, 2012). Behovet for økt spesialisering og kompetanse blant sykepleiere er også essensielt

for å kunne planlegge bedre i forhold til den enkelte pasientgruppes behov (Gautun & Bratt, 2014).

5.2 Styrking av egenomsorg

I det forrige kapittelet tok jeg for meg utfordringene når det gjelder tilretteleggingen av omsorgsmiljøet, noe som er viktig for å skape en balanse mellom pasienten og tjenesten. I dette kapittelet vil jeg føre oppmerksomheten over på de indre ressursene som pasientene måtte inneha, og hvordan en personsentrert sykepleiepraksis vil bidra til å støtte opp under disse. Ved å ta i bruk en personsentrert praksis, kan sykepleiere bistå personer med demens med å ta i bruk sine indre ressurser, og sykepleieren vil dermed fungere som en viktig aktør i styrking av egenomsorgen (Orem, 1991 i Hartweg, 1991). Dette bidrar til at de kan bli boende hjemme så lenge som mulig.

5.2.1 Kunnskap og engasjement: en forutsetning for praksis

Hva sykepleier kan om personsentrert omsorg, og engasjementet de har for sitt arbeid, er det første punktet innenfor rammeverket for personsentrert sykepleiepraksis (McCormack & McCance, 2010). En personsentrert tilnærming i praksis har vist seg å være effektiv i behandlingen av personer med demens. Det har gitt positive utfall på forskjellige områder, som redusert bruk av beroligende medikamenter, mindre aggresjon og sinne, redusert fallrisiko, og økt deltagelse i stell og prosedyrer. Det gir sykepleiere og annet helsepersonell økt trivsel på jobb og mindre stress (Barbosa, Sousa, Nolan & Figueiredo, 2014).

Kunnskapsrike og entusiastiske sykepleiere som befinner seg i et arbeidsmiljø som fremmer en personsentrert tilnærming i praksis, og hvor det finnes gjensidig respekt mellom pasient og sykepleier, og mellom sykepleiere og ledelse, er viktige momenter i rammeverket for personsentrert praksis (Ross et.al 2014, Kitwood, 1997, McCormack & McCance, 2010). I likhet med Kitwood, McCormack og McCance, viser også Orem til nødvendigheten av kunnskap og erfaringer hos sykepleier, men også kunnskap rundt det grunnleggende innenfor menneskeheten (Orem, 1991, i Hertweg, 1991).

Personsentrert tilnærming i hjemmesykepleien, krever kunnskap. Hva kan sykepleiere egentlig om personsentrert omsorg? Implementeres det i praksis, og i så fall er det en kontinuerlig bruk av det? Eller opplever de såkalte «pasientsentrerte stunder»? (McCormack, Dewing & McCance, 2011). Bruken av personsentrert omsorg er i de senere årene stadig blitt mer populært. Men å sette det ut i praksis viser seg å kunne være utfordrende, uansett pleiesituasjon og kontekst (Ross et.al, 2014).

For å kunne gå fra personsentrerte stunder til kontinuerlig bruk av personsentrert omsorg i praksis, trengs det at hele organisasjonen har like verdier og forutsetninger, samt respekt for det enkelte individ (Ross et.al, 2014). For sykepleier og annet helsepersonell, må det ligge en etisk bevissthet hos den enkelte for at ekspertiseutvikling skal kunne oppnås. Dette hører med til at helseprofesjonen er en såkalt menneskebehandler yrkesgruppe, det vil si at en utvikling av faget vil skje i en relasjon mellom bruker og den profesjonelle. Dette er en relasjon som er preget av kommunikasjon, både med mottaker av tjenesten, men også med andre profesjonelle. Dette kan ofte være krevende og utfordrende prosesser fordi det dreier seg om personlige og sosiale situasjoner der mennesket er i sentrum (Førland, 2014).

5.2.2 Relasjonsbygging

Tilrettelegging for utvikling i et godt omsorgsmiljø er et av sykepleiers fokus ifølge Orem (Orem 1991, i Hartweg, 1991), som samsvarer med det andre elementet innenfor rammeverket for personsentrert sykepleiepraksis (McCormack & McCance, 2010). Orem beskriver flere måter sykepleier kan hjelpe sin pasient, blant annet ved å veilede, fysisk eller psykisk støtte, og bidra til et miljø for utvikling (Orem, 1991 i Hartweg, 1991). Det er viktig at sykepleier legger til rette for at personen med demens kan skaffe seg en klar oversikt over sin egen situasjon, slik at kompetansen til å ta egne valg støttes (Rokstad, 2008). Sykepleier vil være en viktig støttespiller når individet ikke lenger fullverdig kan ta vare på seg selv (Hartweg, 1991), og kan ved å skape en personlig relasjon med sin pasient, veilede og støtte, slik at egenomsorgen ivaretas på best mulig måte.

Å skape et tillitsforhold til personen med demens er viktig for at pasienten skal kunne føle seg trygg i sine omgivelser. Empati er en sykepleierfunksjon som er viktig for å kunne skape tillit. Yrket handler om å hjelpe mennesker i ulike situasjoner av helsesvikt, noe som vil kreve medfølelse og faglig kompetanse (Nortvedt, 2016). Empati forstås som «evne til å identifisere, forstå og anerkjenne gyldigheten av andres følelsesmessige tilstand og reaksjoner» (Malt, 2018), og blir forklart av Kitwood som en av sykepleiers viktigste kompetanse områder hva det gjelder interaksjon med den demensrammede (Kitwood, 1997). Dersom personen med demens ikke er kapabel til å uttrykke egne ønsker, er et personlig forhold mellom bruker og sykepleier desto viktigere (Breitholtz et.al, 2013). Sykepleiere kan derimot bli advart mot å involvere seg for mye i brukeren, og at det kan være lurt å holde en viss distanse. Samtidig mener Kitwood at det er nesten uunngåelig å ikke

involvere seg dersom en ønsker å være en hengivende sykepleier, og det viser seg at empatiske sykepleiere også er mer tilfredse med sitt arbeid (Lim et.al, 2011, i Digby et.al, 2012). Er det mangel på empati, kan det føre til at sykepleier ikke kan forstå pasientens perspektiv og syn på livet. Sykepleier vil på den måten ikke klare å skape et tillitsforhold, og evnen til å gi personsentrert omsorg vil falle bort (Griffiths et.al, 2012, i Digby et.al, 2012).

Det å kjenne personen med demens gjør at sykepleier kan identifisere ressurser for å bedre forstå deres situasjon. En personsentrert tilnærming handler ikke bare om individet i seg selv, men hvordan individet i relasjon med andre, kan styrke autonomien og selvtilliten (Breitholtz et.al, 2013). Ved å få frem hverandres verdier, vil pasient og sykepleier skape et godt forhold, og sammen ta gode valg (Smebye et.al, 2012, McCormack & McCane, 2010). Sykepleier skal motivere og støtte opp under pasientens indre ressurser, som vil gi økt selvtillit og styrke selvstendigheten. Dette bidrar til mestringsfølelse hos pasienten som gir individuell kompetanse til å ta egne valg. Dette er forhold som styrker egenomsorgsevnen til den enkelte (Smedbye et.al, 2012, Breitholtz et.al, 2013), og danner grunnlaget for at sykepleier skal kunne utarbeide et individualisert tjenestetilbud (Demensplan, 2020).

Selv opplever jeg hvordan et godt kjennskap til den enkelte jeg besøker fører til et godt samarbeid, og vi utnytter den tiden vi har sammen godt nok til at den blir verdifull for oss begge. Et godt kjennskap til den enkelte, er viktig slik at personen med demens skal føle at de fortsatt er et unikt individ og føle seg respektert (Kirkevold, 2014).

For at personsentrert omsorg skal kunne praktiseres, må organisasjonen, herav hjemmesykepleien og alle dets ansatte, ha nok kunnskaper om både demens og hvordan jobbe personsentrert. I følge Helse- og omsorgstjenesteloven §4-2, er det krav om å arbeide med fagutvikling og kvalitetsforbedring. Med fagutvikling menes det «prosesser som bidrar til å utvikle fagene», og det er yrkesutøverne, faget, og fagfeltet som utvikles (Førland, 2014). I helsesektoren er praksisutvikling en gjennomgående prosess som har som mål å utvikle personsentrert kultur. For at dette skal kunne oppnås, kreves det at fagpersonene er kreative, at de har kunnskaper og kompetanse, og er åpne for endringer (Førland, 2014). Dette samsvarer med rammeverket for personsentrert omsorg, hvor en kompetent sykepleier, som er forpliktet til sitt arbeid og hvor organisasjonen og de ansatte har samme verdier i praksis, har best forutsetninger for å jobbe personsentrert (McCormack & McCance, 2010).

5.2.3 Samspillet mellom sykepleier og pasient

Det tredje punktet til McCormack og McCance (2010) i rammeverket for personsentrert sykepleiepraksis, beskrives den personsentrerte tilnærmingen som en prosess som foregår mellom mottaker av helsehjelpen og sykepleier. Medvirkning er her vektlagt, som betyr at personen med demens skal inkluderes i valg som angår den slik at de føler trygghet og mestring. Dette skal sykepleier gjøre ved å gi tilstrekkelig med informasjon, for å få til en såkalt «delt beslutningstaking» (McCormack & McCane, 2010). Dette samsvarer med pasient- og brukerrettighetsloven §3, der brukere har rett til informasjon og medvirkning (pasient- og brukerrettighetsloven, §3, 1999). På bakgrunn av dette, er det derfor viktig at en tar utgangspunkt i den enkeltes liv og interesser, hvor man ved å inkludere den enkelte bidrar til å støtte et av de grunnleggende psykologiske behovene Kitwood beskriver som viktig for personer med demens (Kitwood, 1997).

Sykepleier skal også ifølge de yrkesetiske retningslinjene «respektere pasientens rett til å selv foreta valg» og «fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon (...)» (NSF, 2016; Sneltvedt, 2005), og personer med demens har de samme grunnleggende rettighetene som alle andre (Demensplan, 2020). Kravet om brukermedvirkning kan derimot bli utfordret dersom bruker er dement eller har en annen form for kognitiv svikt (Fjørtoft, 2016). I møte med personer med demens, kan en komme borti tilfeller der for eksempel prinsippet om autonomi kan bli utfordret, dersom vedkommendes evne til å forstå hva han eller hun samtykker i eller nekter for er redusert. Sykepleier må likevel søke om å ivareta autonomiprinsippet så langt det lar seg gjøre, og involvere vedkommende på en måte som gjør at han eller hun er i stand til å delta i egne beslutninger (Brinchmann, 2005).

Å unnlate å inkludere den enkelte kan føre til sinne og aggresjon hos den demensrammede. Dette viser studier Smebye et.al (2012) henviser til i sin artikkel, hvor flere hjemmeboende demente følte seg ekskludert. De som ble ekskludert, ble ikke tilstrekkelig informert og ikke presentert alternativer for aktiviteten som skulle gjennomføres. Dette ble tolket som at pleieren antok at de visste hva som var best, og tok dermed over kontrollen. De som derimot ble involvert, var fornøyd med hjemmesykepleien. Her bidro sykepleier med veiledning der det var behov, støttet opp under ressurser, og motiverte pasienten til å stole på egne meninger og ta egne valg (Smebye et.al, 2012). Sykepleier hadde på forhånd kartlagt det kognitive nivået til pasienten, noe som var en forutsetning for å kunne delta, og gjentok informasjon når

det var nødvendig. For å kunne ivareta egenomsorgen, poengterer også Orem viktigheten sykepleiers veiledende funksjon (Orem, 1991 i Hartweg, 1991).

For å kunne gi informasjon og veiledning, må sykepleier kartlegge hvilke læreforutsetninger pasienten har for å ta imot informasjon og veiledning, noe som er viktig for involveringen, samt styrking av egenomsorgen. Det vil derfor være aktuelt å finne ut hva personen vet om sin sykdom og hvilken opplevelse de har av sin situasjon, for å forstå kunnskaps- og forståelsesgrunnlaget. Brukermedvirkning må alltid være et sykepleierfokus, ved å etterspørre personens forståelse og behov, syn og meninger (Tveiten, 2016, Kirkevold, 2014). For å få til dette, kreves det et godt samspill mellom pasient og sykepleier og en riktig balanse mellom avhengighet og uavhengighet, som kan være en utfordring. Dette krever at pasientens indre ressurser som krefter og viljer er tilstede. En fallgrube kan være dersom sykepleier har en forventet avhengig atferd av pasientene, for eksempel hvis sykepleier forutsetter at personen med demens er mer hjelpeløs enn det de i realiteten er, en overbeskyttelse som kan føre til at de eksisterende ressursene til pasienten ikke blir utnyttet (Randers m.fl, 2004, i Kirkevold, 2014).

I følge en pilotstudie utført for å utforske essensen av det å inkludere personer med demens, viser hvordan det å inkludere pasienten innebærer en autonomibevarende sykepleie som gjør at sykepleier må finne balansen mellom pasientens rett til autonomi og ta egne valg, og hvordan dette samtidig ikke må gå ut over pasientens helse og velvære. Personer med demens ønsker at sykepleier tillater dem å bevare en viss grad av kontroll, men i fellesskap hvor de sammen lager alternativer for utførelsen av tiltaket, og som fremmer mest mulig selvstendighet (Fetherstonhaugh, Tarzia & Nay, 2012).

Ettersom demens preges av et sammensatt sykdomsbilde som gir funksjonssvikt på ulike områder, er det vanskeligere for helse og omsorgstjenestene å planlegge, tilrettelegge og utarbeide helhetlige tjenester til den enkelte. Målet med helse og omsorgstjenestene er at personen med demens skal kunne utnytte sine ressurser best mulig, noe som må til for at egenomsorgen skal ivaretas og opprettholdes. For at personen med demens skal kunne få hjelp til å ivareta egenomsorgen, må de ha tilstrekkelig kunnskaper om hvorfor det er viktig for deres liv og helse (Hartweg, 1991).

5.3 Velferdsteknologi - fremtidens omsorg

Manglende arbeidskraft innenfor helse- og omsorgstjenestene (Nakrem & Spilker, 2014), vil gi store utfordringer i fremtiden. Hvordan tilrettelegge for at personer med demens skal kunne leve mest mulig selvstendig? På bakgrunn av dette er det behov for høyere ressursutnyttelse og kvalitetsforbedring i helsetjenestene. Dette kan gjøres ved bruk av velferdsteknologi (Aketun, Grut, Holthe & Bjørneby, 2011).

Sykepleiere kan benytte seg av velferdsteknologi for å fremme pasientens indre ressurser og muligheter. Dersom pasienten får muligheten til å bli mer selvhjulpne, vil sykepleier bidra til at personen med demens kan bo hjemme så lenge som mulig (Nakrem & Spilker, 2014). Ettersom mange eldre pasienter har et ønske om å bli boende hjemme, kan en tenke seg at dette er en motiverende faktor til å ta i bruk velferdsteknologi. Evnen til å styrke egenomsorgen er nettopp avhengig av indre motivasjon (Kirkevold, 2014, Orem, 1991, i Hartweg, 1991). Å satse på velferdsteknologi, vil også bedre kvaliteten på tjenester, bedre arbeidsmiljøet og øke fleksibiliteten (Helsedirektoratet, 2012). Det er anbefalt at velferdsteknologien utvikles etter en personsentrert tilnærming for å sikre at pasienten står i sentrum, slik at det bidrar til inkludering (Nakrem & Spilker, 2014). Brukermedvirkning blir derfor sett på som essensielt for at riktig velferdsteknologi skal kunne brukes, og tilpasses den enkelte.

Velferdsteknologi skal være et middel for at personer med demens skal få oppleve trygghet og mestring, samtidig som det er viktig at pasienten ikke føler press på at de må kunne klare seg selv. Man kan nettopp ofte føle plikt til å bli boende hjemme lenger dersom de blir gitt for mye selvbestemmelse (Nakrem & Spilker, 2014). Personer med demens kan også ha vanskeligheter for å lære seg nye ting, og en må ta i betraktning hvor pasienten er i sykdomsforløpet før en vurderer å ta i bruk et hjelpemiddel (Aketun et.al, 2011). Det er derfor viktig å ta i bruk hjelpemidlene så tidlig som mulig før demensdiagnosen har gått utover evnen til å lære nye ting. I en tidlig sykdomsfase er det lettere å lære seg hvordan hjelpemidlene fungerer (Eckhoff, 2018, s.1).

Et eksempel på et teknologisk verktøy som vil være nyttig for personer med demens, er et tilpasset digitalt nettbrett. Dette er teknologi utviklet for sosial kontakt (velferdsteknologi, 2012), og gjør at pasienten i sitt hjem kan ha kontakt med familien (Nakrem & Spilker, 2014).

Et slikt tiltak kan bety mye for personer med demens, som ofte kan ha behov for å fortsatt bety noe for noen (Engedal & Haugen, 2009). Bruk av GPS på personer med demens, er et annet hjelpemiddel som er mye diskutert, men som bringer en del etiske utfordringer. «SafeMate» (Eckhoff, 2018, s.1), er et eksempel på en GPS som går under kategorien «trygghets- og sikkerhetsteknologi», og medfører en større bevegelsesfrihet, som for mange betyr økt livskvalitet, samtidig som at det gir trygghet til pårørende og helsepersonell. Det fører likevel med seg etiske utfordringer da bruken av GPS kan gå ut over retten til privatliv, og skader integriteten dersom pasienten føler seg overvåket. Pasientens synspunkter og forståelse for bruken av hjelpemiddelet, må derfor tas i betraktning før tiltaket igangsettes. Tiltaket må samsvare med hva som anses som etisk og faglig forsvarlig innenfor helse- og omsorgstjenestelovens §4-1. Metodene som benyttes skal blant annet være forankret i fagkunnskap, dokumentert sammenheng mellom tiltak og resultater, samt tilstrekkelig informasjon, før det fattes vedtak (Helsedirektoratet, 2012, helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Videre er det viktig at sykepleiere og annet helsepersonell har god kunnskap om brukergruppen, og hvilke ressurser og behov de har for å velge ut hvilke hjelpemidler personen med demens kan ha bruk for. I rapporten til Aketun et.al (2011), er helsepersonell positivt innstilt til hjelpemidler som kan bidra til bedre og enklere dager for den demente. Det kan redusere antall besøk de får i løpet av en dag/ uke, og redusere antall personer som kommer innom. På den annen side poengterer de at velferdsteknologien ikke må erstatte den menneskelige relasjonen (Aketun et.al, 2011).

I Skøyen og Ullern bydel er de godt i gang med å teste ut ulike digitale hjelpemidler som skal bidra til økt trygghet for de eldre. Det er blant annet satt opp en visningsleilighet med forskjellige hjelpemidler hvor en kan komme å se og få demonstrert bruken av dem (Eckhoff, 2018, s.1). Jeg har selv vært borti noen av de eksisterende hjelpemidlene, blant annet «Medido», en medisindispenser som gir ut medisiner til innstilte tidspunkt. Det er flere av pasientene med demens som har disse hjemme, og jeg ser at det fører til en opplevelse av mestring når pasienten får ta medisiner selv. Dessverre skjer det ofte at medisindispenseren ikke fungerer, og pasienten er dermed avhengig av at noen i helsetjenesten fanger det opp. Skjer ikke dette vil pasienten risikere å ikke få medisiner. Jeg mener derfor at det kreves mer forskning og arbeid på dette området, før hjelpemidlene er forsvarlige å ta i bruk.

6. Avslutning

Jeg har i denne oppgaven prøvd å svare på problemstillingen min: Hvordan kan sykepleier ved bruk av personsentrert tilnærming styrke egenomsorgen til hjemmeboende personer med demens?

WHO anser demens som en av de største folkehelseutfordringene vi har i verden. I Norge lever det omkring 70 000 mennesker med demens, og det finnes verken en kur eller forebyggende tiltak som er effektive. Sammen med en økt eldre befolkning, møter helsevesenet i Norge store utfordringer når det gjelder antall helsepersonell i fremtiden, noe som krever nye metoder for hvordan vi skal utføre helsetjenestene etter individuelle behov og interesser på en forsvarlig måte. Mange eldre ønsker å bli boende hjemme så lenge som mulig, men med en demensdiagnose vil evnen til å bevare egenomsorgen svekkes, noe som er essensielt for at en skal kunne bli boende hjemme. Behovet for bistand fra pårørende eller hjemmesykepleien vil bli gradvis mer aktuell, og det krever at sykepleier har nok kunnskaper om pasientgruppen med demens.

Ved å ta i bruk en personsentrert sykepleiepraksis, vil sykepleier i samspill med pasienten, kunne styrke pasientens indre ressurser, og dermed egenomsorgsevnen. Forskning viser at sykepleiere har mye kunnskaper om hva personsentrert omsorg er, men at det ofte ligger utfordringer ved å implementere det i praksis. I oppgaven har jeg vist til hvordan omsorgsmiljøet rundt pasienten, herav de ytre ressursene, som tid, kunnskap og holdninger, er hindre i få til en personsentrert praksis, noe som går utover kvaliteten på helsetjenesten. Videre viste jeg til hva som trengs for at pasientens indre ressurser skal styrkes, i lys av et rammeverk for personsentrert sykepleiepraksis. For å få til korrekt og god behandling av personer med demens, må det skje en relasjonsbygging mellom pasient og sykepleier, med fokus på hvordan pasienten opplever sin sykdom og hverdag. Forskning viser at personer med demens ønsker å bli mer inkludert i valg som angår dem, og at dette fører til økt mestringsfølelse, en viktig faktor for økt egenomsorgsevne, og for et individualisert tjenestetilbud. Selv opplever jeg hvordan spesielt tidspress har vanskeliggjort muligheten til å kontinuerlig inkludere pasienten i aktiviteter, og at jeg har tatt kontroll i handlinger pasienten burde motiveres til å gjøre selv. Det vil si at jeg har bidratt til at de indre ressursene pasienten har ikke har blitt utnyttet. Jeg ser likevel hvordan godt kjennskap til den enkelte er gull verdt i en travel arbeidsdag, og hvordan dette fører til at vi utnytter den tiden vi har.

Avslutningsvis i drøftingen presenterte jeg velferdsteknologi som en løsning på fremtidens utfordringer. Det er mye som peker på at teknologiske hjelpemidler er veien å gå, og at pasienter vil kunne bli boende hjemme lenger dersom de tar det i bruk. Hva det gjelder den eldre pasient med demens, fører det med seg en del etiske vurderinger blant annet om personvern. Sykepleiere påpeker også at det er viktig at velferdsteknologien ikke tar over den menneskelige relasjonen. Det blir spennende å følge med på denne utviklingen, og hvor mye det faktisk vil virke ressurs sparende for helsevesenet. Selv er jeg positiv, men ønsker ikke at det går utover det menneskelige aspektet av å gi omsorg.

7. Referanseliste

- Aketun, S., Grut, L., Holthe, T., & Bjørneby, S. (2011). *Hvor trykker skoen? Hvordan kan hjelpemidler og velferdsteknologi være en del av helhetlig omsorgstjenester for personer med demens*. Forprosjekt ALMAs hus. Hentet fra https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/ah-web-prod/documents/hvor_trykker_skoen.pdf
- Barbosa, A., Sousa, L., Nolan, M & Figueiredo, D. (2015). Effects of Person-Centered Care Approaches to Dementia Care on Staff: A Systematic Review. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. Vol 30(8) 713-722. Hentet fra <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1533317513520213>
- Breitholtz, A., Snellmann, I., & Fagerberg I. (2011). Older people's dependence on caregivers' help in their own homes and lived experiences of their opportunity to make independent decisions. *International Journal of Older People Nursing*, 8. 139-148. Hentet fra <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1748-3743.2012.00338.x>
- Brinchmann, B, S. (2005). De fire prinsippers etikk. I Brinchmann, B, S. (Red.). *Etikk i sykepleien* (s. 73- 87). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brinchmann, B, S. (2005). Nærhetsetikk. I Brinchmann, B, S. (Red.). *Etikk i sykepleien* (s. 105-119). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Digby, R., Lee, S & Williams, A. (2012). Nurse empathy and the care of people with dementia. *Australian Journal of Advanced Nursing*. Vol 34 Issue 1. Hentet fra <http://www.ajan.com.au/Vol34/Issue1/6Digby.pdf>
- Eckhoff, F. (2018, 14.03). Her er dingsene som skal gi eldre økt trygghet og frihet. *Akersposten*. s.1.
- Engedal, K., & Haugen, P, K. (2009). *Demens. Fakta og utfordringer*. Tønsberg: Aldring og helse.

- Eriksen, S. (2015). Menneskers psykososiale behov. I Grov, E, K., & Holter I, M. (Red.), Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Cappelen Damm AS.
- Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L., & Nay, R. (2012). Being central to decision making means I am still here! The essence of decision making for people with dementia. *Journal of Aging Studies*, 27 (2013) 143-150 Hentet fra https://ac.elsa.com/S0890406513000030/1-s2.0-S0890406513000030-main.pdf?_tid=0951dae90f31-4b37-bb7f402db78a0114&acdnat=1523793720_07831681394aba38601822e51cadb4eb
- Fjørtoft, A-K. (2016). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. (3.utg). Bergen: Fagbokforlaget.
- Francis, R. (2010). I Ross, H., Tod, A, M., & Clarke, A. (2014). Understanding and achieving person-centred care: the nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 1223-1233.
- Førland, O. (2014). Fagutvikling og praksisutvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester. I G, Haugan, & T. Rannestad (Red.), Helsefremming i kommunehelsetjenesten (s.225-241). Oslo: Cappelen Damm.
- Gautun, H., & Bratt, C. (2014). *Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem* (NOVA rapport nr. 14/2014). Hentet fra <https://www.nsf.no/vis/artikkel/2222564/561096/-Rapport-om-bemanning-og-kompetanse-i-hjemmesykepleien-og-sykehjem>
- Gjevjon, E, R. (2015). Kontinuitet i hjemmesykepleien- vanskelige vilkår, men gode muligheter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. Nr.1, årg. 1, 2015. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2359535/Kontinuitet.i.hjemmepl.pdf?sequence=1>

Griffiths, J., Speed, S., Horne, M., & Keeley, P. I Digby, R., Lee, S & Williams, A.
(2012). Nurse empathy and the care of people with dementia. *Australian Journal of Advanced Nursing*. Vol 34 Issue 1.

Hartweg, Donna, L. (1991). *Dorothea Orem. Self-Care Deficit Theory*. London: Sage Publications Ltd.

Helsedirektoratet. (2016). *Velferdsteknologiens ABC*. Hentet fra
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1245/IS0604%20Emne%20A%20Introduksjon%20til%20tjenesteinnovasjon%20og%20velferdsteknologi.pdf>

Helsedirektoratet. (2012). *Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030*.

Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/180/Fagrapport-om-implementering-av-velferdsteknologi-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene-2013-2030-IS-1990.pdf>

Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonale retningslinjer om demens*. Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-om-demens>

Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Demensplan 2020. Et mer dementvennlig samfunn*.

Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Samhandlingsreformen. St.meld. nr. 47, 2008-2009*.

Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/dfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg. St.meld. nr. 29, 2012-2013*.

Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/dfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. m.v. av 24 juni 2011 nr. 30. Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=lov%20om%20kommunale>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 7. februar 1999 nr. 64. Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Jøranson, N., & Hauge, S. (2011). Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling. *Sykepleien-forskning*, nr.4, 2011; 6: 376-382. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2011/11/hvordan-dementia-care-mapping-kan-pavirke-pleiekulturen-i-en-sykehjemsavdeling>

Karlsson, S., Edberg, A-K., Jakobssen, U., & Hallberg, I, R. (2012). Care satisfaction among older people receiving public care and service at home or in special accommodation. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 318-330. Hentet fra

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.12115>

Kirkevold, M. (2014). Personsentret og individualisert sykepleie. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff A, H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s.106-119). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kirkevold, M. (2014). Kartlegging. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff A, H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s.112-143). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kirkevold, M. (2014). Samarbeid med pasient og pårørende. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A, H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 145-160). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Buckingham: Open University Press.

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene m.v. av 27 juni 2003 nr. 66. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Lim, B.T., Moriarty, H., & Huthwaite, M. (2012), I Digby, R., Lee, S & Williams, A. (2012). Nurse empathy and the care of people with dementia. *Australian Journal of Advanced Nursing*. Vol 34 Issue 1.

Malt, U. (2018). *Empati*. Hentet fra <https://snl.no/empati>

McCormack, B., Dewing, J., & McCance, T. (2011). Developing Person-Centred Care: Addressing Contextual Challenges Through Practice Development. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 16, No.2. Manuscript 3. Hentet fra <http://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=3490&context=smhpapers>

McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person- centred Nursing. Theory and Practice*. Oxford: John Wiley & Sons Ltd.

Nakrem, S. & Spilker, K. (2014). Velferdsteknologi som ressurs, mulighet og strategi i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. I G. Haugan, & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 242–253). Oslo: Cappelen Damm.

Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2018). *Demensforskning*. Hentet fra <http://nasjonalforeningen.no/forskning/demensforskning/>

NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/nou/dfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>

Norsk Sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

- Orem, D. (1991) I Hartweg, Donna, L. (1991). *Dorothea Orem. Self-Care Deficit Theory*. London: Sage Publications Ltd.
- Oslo Kommune. (2018). *Tillitsmodell for hjemmetjenesten*. Hentet fra <https://www.oslo.kommune.no/politikk-og-administrasjon/prosjekter/tillitsmodell-for-hjemmetjenesten/#gref>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 7 februar 1999 nr. 63. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient>
- Randers, I. & Mattiason, A.C. (2002). Autonomy and integrity: upholding older adult patients' dignity I Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff A, H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Regjeringen.no. (2015). *Demensplan 2020*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117/>
- Rokstad, A, M, M. (2008). Forståelse som grunnlag for samhandling. I Rokstad A, M, M., & Smebye K, L. (Red.) *Personer med demens. Møter og samhandling* (s. 60–86). Oslo: Akribe AS.
- Rokstad, A, M, M. (2008). Kompetanseutvikling hos personalet. I Rokstad, A, M, M., & Smebye K, L. (Red.). *Personer med demens. Møter og samhandling* (s.340- 349). Oslo: Akribe AS.
- Rokstad, A, M, M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Ross, H., Tod, A, M., & Clarke, A. (2014). Understanding and achieving person-centred care: the nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 1223-1233. Hentet fra <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jocn.12662>

- Skovdahl, K., & Berentsen, V, D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A, H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 408-434). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Smebye, K, L., Kirkevold, M., & Engedal, K. (2012). How do persons with dementia participate in decision making related to health and daily care? A multi-case study. *BMC Health Services Research* 2012, 12:241 Hentet fra <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-12-241>
- Smebye K, L. (2008). Å møte personer med demens. I Rokstad, A, M, M., & Smebye K, L. (Red.). *Personer med demens. Møter og samhandling* (s.13–24). Oslo: Akribe AS.
- Sneltvedt, T. (2005). Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier? I Brinchmann, B, S. (Red.). *Etikk i sykepleien* (s.135-147). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk. Pasient og pårørendeopplæring*. Oslo: Engbokforlaget.
- Tønnesen, S., & Nordvedt, P. (2012). Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien-forskning* nr.3, 2012; 7: 280-285 Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2012/10/hva-er-faglig-forsvarlig-hjemmesykepleie>