



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	16-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	24-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 436

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9993

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 128

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

Bacheloroppgave

Utfordringer med å ivareta omsorg for aleneboende pasienter med demens

The challenges of providing care to patients with dementia living alone

Kandidatnummer: 436

Sjukepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 24.05.19

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Abstract

Title: The challenges of providing care to patients with dementia living alone.

Problem: What challenges do nurses have in terms of taking care of patients with dementia who live alone and receive help from home care services?

Method: A systematic literature study. The study is based on four research articles; three qualitative studies, and one quantitative study. The databases that were used in the search for research articles were Cochrane Library, Medline, Cinahl and Swemed+.

Results: The results of the studies indicate that people with dementia living alone has higher unmet needs than those living with others. Healthcare professionals who worked with this patient group seemed to work in a task-centered way and did not appear to involve the patient with dementia to any higher degree. Healthcare professionals working with this group of patients described getting the patients with dementia to accept help as a challenge. Accepting the degree of risk involved in supporting the patients with dementia to live at home were also described as challenging.

Conclusion: There is a need for more research specifically aimed towards people with dementia living alone, and how nurses can provide adequate care to this patient group through home care services. Home care services must facilitate better services for this patient group, and employees who work with this patient group need further training in person-centered care to patients with dementia.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Avgrensning av problemstilling	3
2.0 METODE	4
2.1 Litteraturstudie som metode	4
2.3 Teori	5
2.4 Inklusjonskriterier	5
2.5 Søkestrategi	5
2.6 Artikkellutvelgelse	7
2.8 Kildekritikk	8
2.9 Etske vurderinger	9
3.0 TEORI	10
3.1 Å arbeide i hjemmesykepleien	10
3.2 Samhandlingsreformens konsekvenser for hjemmesykepleien	11
3.4 Lovverk som regulerer hjemmesykepleien og sykepleierens yrkesutøvelse	12
3.3 Hva er demens?	13
3.4. Personsentrert omsorg ved demens	14
3.5 Kari Martinsens omsorgsteori	15
4.0 PRESENTASJON AV FUNN I FORSKNINGSARTIKLENE	17
4.1 People with dementia living alone: what are their needs and what kind of support are they receiving? (Miranda-Castillo, Woods & Orrell, 2010)	17
4.2 Gradually losing one's foothold – a fragmented existence when living alone with dementia (Svanstrom & Sundler, 2015)	18
4.3 Caring for older people living alone with dementia: healthcare professionals experiences (De Witt & Ploeg, 2016)	19
4.4 Where does risk feature in community care practice with older people with dementia who live alone? (Waugh, 2009)	20
5.0 DISKUSJON	21
5.1 Omsorgens betydning for å få den demente pasienten til å godta hjelp	21
5.2 Når pasienten ikke ønsker å motta hjelp	23
5.3 Sykepleierens yrkesfaglige ansvar i møte med demente pasienter som bor alene	25
5.4 Hjemmesykepleien – en omsorgsinstitusjon?	27
5.4.1 Tiden setter grenser	27
5.4.2 Mangel på kompetanse	29
5.4.3 Å verdsette mennesker med demens som bor alene	31
6.0 KONKLUSJON	32
7.0 LITTERATURLISTE	33

VEDLEGG:

- 1) PS- skjema s. 35
- 2) Tabell for søkehistorikk s. 36 - 40
- 3) Litteraturmatrise s. 41 - 44

1.0 Innledning

I Norge er det mellom 80 000 og 100 000 mennesker som lever med demens (Folkehelseinstituttet, 2018). Av pasienter over 70 år som mottar hjemmesykepleie er det 40% som har en demensdiagnose (Folkehelseinstituttet, 2018). Blant disse er det mange som bor sammen med ektefelle eller andre pårørende, men det er også mange demente pasienter som bor alene og bare mottar hjelp fra hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016, s. 70). Basert på mine egne erfaringer fra arbeid i hjemmesykepleien, er demente pasienter som bor alene en sårbar og tidkrevende pasientgruppe som har et stort behov for omsorg.

Martinsen (2003, s. 75) beskriver at i utøvelsen av sykepleie vil omsorgsarbeid karakteriseres av at sykepleier har et ansvar og forpliktelse overfor den som mottar omsorg. Omsorg er et vidt begrep som kan defineres og forstås ulikt. Martinsen (2003, s. 71) hevder at for å kunne utøve omsorg må det dannes en relasjon med den andre – det vil si pasienten. I følge henne må det opparbeides en forståelse for den andre og en anerkjennelse for den andre ut fra deres situasjon. En nærmere forklaring av Martinsens omsorgsteori blir presentert i kapittel 3.5.

En demenslidelse innebærer et symptombylle karakterisert av redusert hukommelse og nedsatt orienteringsevne, noe som kan gi utfordringer i hverdagen og føre til utrygghet hos demente pasienter som bor hjemme (Fjørtoft, 2016, s. 74). Den demente pasientens behov endres også seg i takt med at sykdommen progredierer (Fjørtoft, 2016, s. 78). Å utøve omsorg til denne gruppen er derfor en kompleks oppgave, hvilket kan gjøre det utfordrende for sykepleiere i hjemmesykepleien å ivareta omsorg for denne pasientgruppen.

I Demensplanen 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 11) beskrives det at tjenestetilbudene som gis i kommunen er for dårlig tilpasset personer med demens, og at det mangler kunnskap og kompetanse om demens i hjemmesykepleien. Sykepleiere i hjemmesykepleien forteller om et stort press på tjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen, blant annet som følge av at pasientene bor hjemme lenger enn tidligere og er sykere og mer tidkrevende enn før (Fjørtoft, 2016, s. 153). Et av målene til samhandlingsreformen var at helsehjelp i størst mulig grad skulle gis lokalt der folk bor, hvilket medførte en oppgaveforskyvning i helsetjenestene som ga kommune mer ansvar (Fjørtoft, 2016, s. 152). En rapport fra 2018 viste at 1420 pasienter ventet på langtidsplass på sykehjem, og av disse bodde 452 pasienter i eget hjem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Disse pasientene er avhengige av forsvarlige tjenester for å klare å mestre hverdagen i eget hjem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Det er derfor liten tvil om at hjemmesykepleien har et stort ansvar når det gjelder å ivareta de pasientene som venter på langtidsplass på sykehjem.

Basert på mine egne erfaringer er det likevel ikke alltid slik at demente pasienter som bor alene i hjemmesykepleien venter på langtidsplass på sykehjem. Noen aleneboende pasienter har et genuint ønske om å fortsette å bo i eget hjem. Sykepleieren har derfor et stort ansvar når det kommer til å tilrettelegge for god omsorg til denne pasientgruppen, uavhengig av om de venter på langtidsplass eller ikke. For å kunne forbedre hjemmesykepleiens omsorg til demente pasienter som bor alene, må utfordringer identifiseres slik at tiltak kan rettes mot å finne en løsning på disse.

På bakgrunn av dette ønsker jeg i min bacheloroppgave å identifisere noen av utfordringene hjemmesykepleien har i forhold til å ivareta omsorg for demente som bor alene. I diskusjonsdelen av denne oppgaven vil jeg belyse egne erfaringer jeg har gjort meg i samhandling med denne pasientgruppen.

Min problemstilling er derfor følgende:

Hvilke utfordringer har sykepleiere i forhold til å ivareta omsorg for demente pasienter som bor alene og mottar hjelp fra hjemmesykepleien?

1.1 Avgrensning av problemstilling

Min oppgave vil omhandle demente pasienter som bor alene i eget hjem og mottar hjelp fra hjemmesykepleien. Jeg har i denne oppgaven valgt å ikke ha noen avgrensninger når de kommer til type av demenssykdom, men vil bruke den generelle betegnelsen demens.

Oppgaven vil særlig belyse utfordringer sykepleier har i utøvelse av omsorg til demente pasienter som bor alene og selv ikke ønsker å motta hjelp. Utfordringer med å ivareta denne pasientgruppens sikkerhet, og hvordan dette preger sykepleierens omsorgsarbeid vil også bli beskrevet. Oppgaven vil i tillegg belyse hvordan organiseringen av hjemmesykepleietjenestene kan sette begrensninger for sykepleierens utøvelse av omsorg i møte med demente pasienter som bor alene.

2.0 Metode

I dette kapitlet skal jeg forklare hvordan jeg har gått frem for å finne relevant teori og relevant forskning for å belyse min problemstilling.

2.1 Litteraturstudie som metode

For å samle informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling brukes en systematisk fremgangsmåte som kalles metode (Thidemann, 2015, s. 76). Det finnes ulike typer metode som kan benyttes for å belyse en problemstilling. Det er viktig at metoden som velges er den mest relevante og hensiktsmessige når det kommer til å samle inn data og belyse problemstillingen på en faglig interessant måte (Dalland, 2015, s. 111).

Jeg har i min oppgave valgt å bruke litteraturstudie som metode. Ved denne type metode systematiserer man kunnskap fra relevant litteratur (Thidemann, 2015, s. 79). Den aktuelle litteraturen må så kritisk vurderes før man til slutt sammenfatter resultatene fra litteraturen (Magnus & Bakkenteig, 2000, referert i Thidemann, 2015, s. 79-80). Hensikten ved en litteraturstudie er å gi leseren kunnskap om det problemstillingen etterspør, og hvordan man har kommet frem til denne kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 80).

Ved en litteraturstudie benytter man seg av såkalte sekundærdata, som er data samlet inn av andre (Thidemann, 2015, s. 77). I denne oppgaven har jeg benyttet meg av skriftlige kilder fra forskning, fagbøker, pensumlitteratur og fagrapporter. Jeg har benyttet meg av pensumlitteratur, hvilket underbygger problemstillingens faglige relevans for sykepleierutdanningen og sykepleierfaget. En svakhet ved min litteraturstudie er at det har vært gjort relativt lite forskning rundt min aktuelle problemstilling, hvilket gjorde at det var et noe begrenset utvalg når det kom til å finne forskningsartikler om det aktuelle temaet. Det var også lite teori i fagbøker og pensumlitteratur som spesifikt omhandlet den demente pasientens opplevelse av det å bo alene med demens.

2.3 Teori

For å finne relevant teori til min oppgave ble Oria benyttet. Oria er bibliotekets database hvor man kan finne artikler, pensumlitteratur og fagbøker. Relevant teori er funnet både i fagbøker og pensumlitteratur. Teori fra Lovdata og fagorganisasjoner er også benyttet i denne oppgaven.

2.4 Inklusjonskriterier

For å finne relevante forskningsartikler for å belyse min problemstilling valgte jeg følgende kriterier for å inkludere artiklene i min oppgave:

- Publisert i tidsrommet 2009-2019
- Artiklene måtte være skrevet på skandinavisk eller engelsk
- Studiene måtte være fra land som praktiserer fungerende helsehjelp til hjemmeboende
- Studiene måtte omhandle demente pasienter som bodde alene i eget hjem
- Studiene måtte følge IMRAD-struktur

Grunnlaget for de valgte inklusjonskriteriene var å spesifisere søket slik at artiklene som ble valgt var oppdaterte og hadde faglig relevans for min problemstilling.

2.5 Søkestrategi

En søkestrategi går ut på å strategisk bestemme seg for emneord/søkeord og kombinasjoner av disse. Ordene og kombinasjonene man bestemmer seg for brukes til søk i ulike databaser (Thidemann, 2015, s. 87). En rekke søk ble foretatt på et tidlig stadium av arbeidet med min bacheloroppgave. Søkene viste at det var få studier som hadde forsket på min spesifikke problemstilling. Etter samtale med universitetsbibliotekar på Høgskulen på Vestlandet ble jeg anbefalt å bruke et rammeverk kalt PS, istedenfor det tradisjonelle PICO-rammeverket. PS står for pasient og situasjon. Hensikten med å bruke PS-rammeverket var å gjøre problemstillingen min presis og søkbar. PS-rammeverket er presentert i vedlegg 1.

Flere databaser har egne standardiserte emneord, og jeg brukte MeSH og Major Headings i mine søk. MeSH-ord brukes i Medline, Svemed+ og delvis Cochrane Library, mens Major Headings brukes i Cinahl (Thidemann, 2015, s. 87). Hvis man bruker egne søkeord i fritekst, kan dette føre til at treffene man får ikke gjenspeiler det sentrale innholdet i en artikkel. Å benytte seg av søkeordene databasen har i sitt emneordsystem er derfor en fordel for å finne artiklene med størst relevans (Thidemann, 2015, s. 87).

Jeg brukte først og fremst Medline, Cinahl og Svemed+ som databaser i mitt søk. Databasene inneholder forskning innenfor helse, sykepleie og tilgrensede fag (Thidemann, 2015, s. 85). I Cochrane Library finnes hovedsakelig randomiserte kontrollerte studier og systematiske litteraturoversikter innenfor behandling og forebyggende tiltak (Thidemann, 2015, s. 85). Her fikk jeg ingen treff i mitt søk.

Søkeord og MeSH-ord jeg i hovedsak brukte var: «Dementia», «Home Care Services», «Home Nursing», «Independent Living», «Patient Centered Care». Søkeordene ble kombinert ved hjelp av «OR» eller «AND». «Challenges» ble presentert som et søkeord i vedlegg 1. Dette søkeordet ga ingen relevante treff i kombinasjon med de andre søkeordene, og er dermed ekskludert fra søkehistorikken i vedlegg 2. Alle søk i databasene ble gjennomført på engelsk.

Ved bruk av manuell søking fant jeg en studie som jeg har valgt å inkludere i min oppgave. Manuell søking kan gjøres på ulike måter, for eksempel ved å se på referanselister til relevant pensumlitteratur (Thidemann, 2015, s. 83). Den aktuelle studien fant jeg ved å se på referanselisten til en masteroppgave (Heggelund, 2015) med relevans for mitt tema. En oversikt over søkehistorikk er ført i et transkriberingsskjema. Skjemaet gir oversikt over databaser, søkeord, kombinasjoner, treff, leste artikler og artikler som er inkludert i min oppgave. Oversikt over søkehistorikk er presentert i vedlegg 2.

2.6 Artikkeltutvelgelse

I min oppgave har jeg valgt å belyse hvilke utfordringer sykepleier har i forhold til å utøve omsorg til demente aleneboende pasienter i hjemmesykepleien. Som nevnt, var det lite forskning gjort om min aktuelle problemstilling fra før av. Mitt mål var dermed å finne studier som beskrev helsepersonell i hjemmesykepleien sine erfaringer og utfordringer med å utøve omsorg til demente som bor alene. I tillegg ønsket jeg å finne studier som belyste den aleneboende demente pasienten sitt behov for omsorg og erfaringer med hjemmesykepleien.

Ut i fra min problemstilling ønsket jeg i hovedsak å finne kvalitativ forskning, da kvalitativ forskning undersøker og beskriver menneskets opplevelser og erfaringer (Thidemann, 2015, s. 78). Helsepersonell i hjemmesykepleien og demente aleneboende sine erfaringer var relevant for min oppgave. Gjennom aktive søk i databasene Medline, Cochrane Library, Svemed+ og Cinahl, endte jeg opp med 4 studier av som ble vurdert av god kvalitet og med relevans for min problemstilling. Av disse 4 studiene var 3 kvalitative studier, og 1 en kvantitativ studie. Kvantitativ forskning viser til data som er målbart (Thidemann, 2015, s. 77).

Det å granske teksten for å forstå hva den forteller, og deretter tolke teksten for å forstå innholdet kalles for analyse (Thidemann, 2015, s. 91) Under søkeprosessen ble artikler ekskludert ut i fra artiklens overskrift, nøkkelord, sammendrag, og fulltekst dersom artiklene etter analyse viste seg å ikke ha relevans for min oppgave. Artiklens relevans ble også vurdert på bakgrunn av mine valgte inklusjonskriterier. Dette er presentert i vedlegg 2.

For å lage en oversikt over artiklene jeg har inkludert i min oppgave har jeg brukt en litteratormatrise. Matrisen gir en oversikt over forfatter, hensikt, metode og resultat. Dette er et redskap som benyttes for å gi en oversikt over hovedelementer i den enkelte artikkel, og alle artiklene samlet sett (Thidemann, 2015, s. 89). Litteratormatrise er et verktøy som brukes for å lettere knytte resultatene opp mot problemstillingen (Thidemann, 2015, s. 89). Matrisen er presentert i vedlegg 3.

De tre kvalitative artiklene ble valgt på det grunnlag av at de belyste utfordringer til de ansatte hjemmesykepleien i møte med demente som bor alene, og hvordan det opplevdes for den demente å bo alene i eget hjem og motta hjelp fra hjemmesykepleien. Artiklene hadde dermed stor relevans for min problemstilling. Den kvantitative studien ble inkludert på det grunnlaget at artikkelen var relevant da den ga et målbart innblikk i hva som var den demente pasienten som bodde alene sine behov, og hvilke behov som ikke ble møtt.

2.8 Kildekritikk

Kildekritikk vil si å stille seg kritisk i forhold til kvaliteten på kildematerialet man benytter seg av i oppgaven (Dalland, 2015, s. 72). Et annet aspekt ved kildekritikk er å kritisk vurdere i hvilken grad valg av teori og forskningsresultater er relevante i forhold til den valgte problemstillingen (Dalland, 2015, s. 73). For å kritisk vurdere artiklene som er inkludert i min oppgave har jeg benyttet meg av sjekklister på helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016). Dette er sjekklister som brukes for å vurdere kvaliteten på forskningsartikler.

De inkluderte forskningsartiklene er alle publisert i anerkjente tidsskrifter, henholdsvis *Dementia* og *International Psychogeriatrics*. Artiklene som er inkludert i oppgaven er også fagfellevurdert. Fagfellevurdering er en kvalitetssikring av forskningsartikler som gjøres ved at to eksperter innenfor faget kritisk vurderer artikkelen før publisering (Svartdal, 2018).

I denne oppgaven er tre av fire studier kvalitative studier. De kvalitative studiene hadde henholdsvis 5, 6 og 15 deltakere. Kvalitative studier gir et relativt begrenset utvalg som må tas med i betraktningen når man vurderer hvor overførbare studiene er i generell praksis. De fire studiene som er inkludert er fra henholdsvis Australia, United Kingdom, Canada og Sverige, og det må tas med i betraktningen at forskjeller i utøvelsen av hjemmesykepleie kan variere fra land til land. Dette kan ha betydning for hvor overførbare resultatene er til Norge. Grunnlaget for å inkludere artiklene ble gjort som følge av at flere av utfordringene som ble identifisert i studiene stemte overens med de utfordringene vi har i Norge basert på teori fra fagbøker, og egne erfaringer fra norsk hjemmesykepleie. De fire inkluderte studiene er skrevet på engelsk, og det må tas i betraktning at språkmessige feiltolkninger kan ha påvirket resultatene i denne oppgaven.

I min oppgave benyttes Martinsens (2003) omsorgsteori. Boken som benyttes i min oppgave er en 2. utgave fra 2003, men det er viktig å poengtere at 1. utgaven av denne boken ble skrevet i 1989. Helsevesenet og sykepleierfaget har forandret seg mye fra 1989 og frem til i dag, og det kan dermed tenkes at ikke alle synspunktene til Martinsen er overførbare til det helsevesenet og sykepleiefaget som praktiseres i dag. På tross av dette er viktigheten av omsorg og utøvelse av omsorg like sentral og viktig å ha fokus på i dagens helsevesen som på 1980-tallet.

Tom Kitwood sitt arbeid for å bedre personsentrert omsorg til demente pasienter er avendt som en del av teorien i denne oppgaven. Teorien er hentet fra boken til Rokstad (2014), og dette er dermed en sekundærkilde. Jeg er klar over at Kitwood sitt arbeid vil kunne være preget av Rokstads (2014) tolkninger, og at det ville vært mest hensiktsmessig og benyttet seg av primærkilden. Likevel oppsummeres Kitwoods arbeid godt i boken til Rokstad (2014), og det er derfor valgt å ta utgangspunkt i denne boken når hans teori beskrives.

2.9 Etiske vurderinger

De fire studiene som er inkludert i min oppgave baserer seg på informasjon innhentet fra pasienter og helsepersonell, og er alle blitt vurdert og godkjent av en etisk komité. Det er også beskrevet i studien hvor det er gjort intervjuer med demente pasienter som bor alene, at studien er i overensstemmelse med Helsinkideklarasjonen. Helsinkideklarasjonen er en erklæring som ble vedtatt av World Medical Association Assembly i Helsinki i 1964 (Engebretsen, 2014). Deklarasjonen inneholder veiledende etiske regler for leger som arbeider med medisinsk forskning som omfatter mennesker (Engebretsen, 2014). Deklarasjonen kan beskrives som en etisk grunnlov for forskning på mennesker, og hensynet til særlige sårbare grupper er spesielt sentralt i denne deklarasjonen (Den norske legeförening, 2012).

I en litteraturstudie benyttes forskning som er gjort av andre. Da er det viktig at man er bevisst på hvordan man forholder seg til litteraturen i form av korrekt kildebruk, og mest mulig nøyaktig analyse slik at innholdet i forskningen ikke endres.

3.0 Teori

I dette kapittelet presenteres relevant teori jeg vil bruke for å belyse min problemstilling. For å få et innblikk i hvordan sykepleier arbeider i hjemmesykepleien har jeg valgt å innledningsvis inkludere teori som beskriver hjemmesykepleien som arbeidsfelt. Videre gis en innføring i hvilke konsekvenser samhandlingsreformen har hatt for hjemmesykepleien. Som sykepleier i hjemmesykepleien er man underlagt en rekke lover som har betydning for hvordan sykepleier skal utføre sitt arbeid, og det er dermed relevant for min oppgave å gi en innføring i hvilke lovverk som regulerer hjemmesykepleien og sykepleiers yrkesutøvelse. Teori om demens er også inkludert for å få en forståelse av sykdommen og hva det innebærer å leve med en demensdiagnose. For å få et innblikk i hvilke utfordringer sykepleier har i forhold til å ivareta omsorg, er det nødvendig i min oppgave å vite hva omsorg er og hva personsentrert omsorg til demente personer innebærer. På bakgrunn av dette har jeg valgt å inkludere Martinsens (2003) omsorgsteori, og Rokstad (2014) sin teori om personsentrert omsorg ved demens hvor hun blant annet beskriver Tom Kitwood sitt arbeid for å bedre personsentrert omsorg til demente pasienter.

3.1 Å arbeide i hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien er en del av primærhelsetjenesten, også kalt kommunehelsetjenesten. Fjørtoft (2016, s. 17) beskriver at kommunens helsetjeneste er et tilbud til alle som vurderes til å ha behov for nødvendig helsehjelp i hjemmet. Tilbudet gjelder for alle aldersgrupper, og det er store variasjoner i de ulike pasientenes funksjonsnivå og diagnoser innad i hjemmesykepleien. Et hovedmål for hjemmesykepleien er å sørge for at pasienten mestrer hverdagen i sitt eget hjem (Fjørtoft, 2016, s. 17).

Gjennom arbeidet i hjemmesykepleien utøver man omsorg i pasientens eget hjem, og pasientens hjem er sykepleierens arbeidsplass. Yrkesrollen i hjemmesykepleien kan være utfordrende som følge av hvor privat og personlig et hjem kan være for pasienten (Fjørtoft, 2016, s. 27). For mange er hjemmet et symbol på både selvstendighet og identitet. Det er dermed viktig at sykepleier viser en ekstra ydmykhet når det kommer til å respektere pasientens hjem og hvordan pasienten velger å leve sitt liv (Fjørtoft, 2016, s. 31).

Fjørtoft (2016, s. 31) understreker likevel viktigheten av å forstå at sykepleieren ikke er en «gjest» som er på besøk hos pasienten, men en fagperson som kommer for å yte profesjonell omsorg fordi det er behov for dette. Som sykepleier kan arbeidet i hjemmesykepleien bli utfordrende når hjemmene man møter utfordrer sykepleierens egne verdier og forestillinger om hvordan man skal leve sitt liv (Fjørtoft, 2016, s. 31). Denne problemstillingen er høyst aktuell i møte med demente pasienter som bor alene.

Tidspress blir også beskrevet som en utfordring i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016, s. 164). Som sykepleier kan det være stressende å hele tiden ha flere pasienter som venter på besøk. Om sykepleieren bruker lenger tid hos en pasient, er det en annen pasient som får mindre tid. Det å sikre kontinuitet i hjemmesykepleien er også en utfordring. Kontinuitet vil si at pasienten får rett hjelp til rett tid, mens personkontinuitet vil si at det ikke er mange forskjellige pleiere hos en pasient (Fjørtoft, 2016, s. 187). I en hjemmesykepleietjeneste preget av mange pasienter, ulike profesjoner og mange ansatte kan det være vanskelig å oppnå god kontinuitet hos pasientene. Personer med demens har vist seg spesielt sårbare når det kommer til denne mangelen på personkontinuitet (Fjørtoft, 2016, s. 187)

3.2 Samhandlingsreformens konsekvenser for hjemmesykepleien

Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) ble innført i 2012. Hensikten med reformen var å bedre helsen i den norske befolkningen og gjøre det norske helsevesenet bedre rustet i møte med fremtidens helseutfordringer (Fjørtoft, 2016, s. 152).

En av konsekvensene av reformen var en oppgaveforskyvning innenfor helsetjenestene som har ført til at helsehjelp i størst mulig grad gis i kommunene (Fjørtoft, 2016, s. 152).

Kommunen har ansvar for utskrivningsklare pasienter på sykehus fra første dag, og må betale døgnpris til spesialisthelsetjenesten om de ikke har mulighet til å ta imot pasienten samme dag. Som følge av dette mottar kommunen mer utfordrende og tidkrevende pasienter enn tidligere, og dette stiller økte krav til de ansatte i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016, s. 152).

Riksrevisjonen gjennomførte i 2016 en undersøkelse for å kartlegge om samhandlingsreformen bidrar til å nå de overordnede helsepolitiske målene så langt (Riksrevisjonen, 2016). Det ble bekreftet i undersøkelsen at pasienter etter innføring av reformen raskere utskrives til kommunen, og at liggetiden på sykehus har blitt kortere. Samtidig ble det gjort funn som viste at kommunene i liten grad hadde økt opp bemanningen og styrket kompetansen til de ansatte i kommunen (Fjørtoft, 2016, s. 153). Undersøkelsen viste at det fremdeles er et stort behov for å bedre kvaliteten på tjenestene som blir gitt i kommunen. Disse funnene stemmer overens med det sykepleiere i hjemmesykepleien sine egne erfaringer. De forteller om et stort press på hjemmetjenestene og at pasientene er sykere og mer tidkrevende enn før (Fjørtoft, 2016, s. 153).

3.4 Lovverk som regulerer hjemmesykepleien og sykepleierens yrkesutøvelse

For hjemmesykepleien er helse- og omsorgstjenesteloven (2011) den sentrale loven. Loven ble innført i 2012 samtidig med samhandlingsreformen, og hensikten med den nye loven var at en felles lov for helse- og omsorgstjenestene i kommunen skulle legge til rette for bedre samhandling (Fjørtoft, 2016, s. 154). Den nye loven skulle samle og erstatte de to tidligere lovene: kommunehelsetjenesteloven (1982) og sosialtjenesteloven (1991).

I helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 3-1) beskrives kommunens ansvar for at personer som oppholder seg i kommunen, skal tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Videre beskrives det at kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper. Kommunens ansvar for å tilby helsetjenester i eget hjem er også presisert i helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 3-2 nr. 6). I § 4-1 om forsvarlighet beskrives det at helse- og omsorgstjenester som tilbys etter loven skal være forsvarlige (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Videre står det at kommunene skal tilrettelegge for at helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og at det skal sikres tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 4-1).

Helsepersonelloven omhandler de kravene som stilles til helsepersonell sin utøvelse av yrket. Formålet med helsepersonelloven er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten (1999, § 1). § 4 om forsvarlighet beskriver at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven, 1999).

I arbeidet med demente pasienter som bor alene er det viktig at sykepleieren er klar over de lovverk som regulerer deres yrkesutøvelse, og hvilket ansvar de har overfor pasienten. Kravet til forsvarlighet er sentralt, og kanskje spesielt viktig i møte med sårbare pasientgrupper som er avhengige av at andre kan tale deres sak.

3.3 Hva er demens?

Skovdahl og Berntsen (2014, s. 411- 412) beskriver at demens er en fellesbetegnelse på sykdommer som rammer flere av hjernens funksjoner. De understreker videre viktigheten av å forstå at demens ikke er *en* sykdom, men at finnes mange forskjellige former for demens og en rekke tilstander som kan gi symptomer som ligner på demens. Demens kjennetegnes ved kognitiv svikt, sviktende emosjonell kontroll og sviktende funksjonsevne i dagliglivet (Engedal, 2008, s. 217). Alle demenssykdommene er progredierende, som vil si at den som rammes vil bli dårligere med tiden og til slutt bli helt avhengig av hjelp (Skovdahl & Berntsen, 2014, s. 411).

Engedal (2008, s. 220) beskriver at de fleste pasienter med demens først kommer i kontakt med helsevesenet i en fase han kaller dekompeniseringsfasen. I dekompeniseringsfasen er forvirring et vanlig symptom, og symptomet opptrer som følge av at pasienten begynner å miste grepet på sin tilværelse. Hukommelsen til pasienten forverres og orienteringsevnen blir redusert. Personen kan oppleve vansker med å orientere seg, og ikke lenger mestre dagligdagse aktiviteter som før var den største selvfølge. Psykotiske symptomer som hallusinasjoner og vrangforestillinger opptrer hyppigst i denne fasen. Basert på Engedals beskrivelse vil dermed dette symptombylde oftest prege de demente pasientene som først kommer i kontakt med hjemmesykepleien.

Fjørtoft (2016, s. 74-76) beskriver at demensdiagnosen innebærer et symptombylle karakterisert av redusert hukommelse og nedsatt orienteringsevne som kan gi utfordringer i hverdagen og føre til utrygghet hos pasienten som bor hjemme. Videre beskrives det at pasienter med demens som bor hjemme har behov for kontinuitet av personale og at de ansatte i hjemmesykepleien har kompetanse rundt hvilke symptomer sykdommen gir som følge av at sykdommen er progredierende. Personkontinuitet er viktig forutsetning for å danne en relasjon til den demente pasienten (Fjørtoft, 2016, s. 187). Pasientene med demens har behov for et omsorgstilbud som gjenspeiler pasientens økende behov i takt med at sykdommen progredierer (Fjørtoft, 2016, s. 73). Sykepleie til demente pasienter som bor hjemme er dermed et komplekst arbeidsfelt, og det er mye som må tas hensyn til for å sikre god omsorg i utøvelsen av sykepleie i hjemmesykepleien.

3.4. Personsentrert omsorg ved demens

Personsentrert omsorg ved demens innebærer å man tar høyde for den demente pasientens synspunkter og forsøker å opparbeide seg en forståelse for hvordan den demente pasienten opplever sin situasjon og verden rundt seg (Aldring og helse, 2017). Rokstad (2014, s. 28) beskriver at for å kunne utøve personsentrert omsorg ved demens er det viktige at man først og fremst verdsetter mennesker med demens. Videre må det gis individuelt tilpasset omsorg og man må strebe etter å forstå opplevelsene og synspunktene til personen.

I boken til Rokstad (2014, s. 25) beskriver hun Tom Kitwood sitt arbeid for å bedre personsentrert omsorg til demente pasienter. Kitwood referert i Rokstad (2014, s. 25) mente at for å forstå den demente pasienten måtte man se på demens som en kombinasjon av fem faktorer: hjerneorganisk svikt, helse, livshistorie, personlighet og endringer i sosiale relasjoner. Målet må være at omsorgsgiver arbeider for å bevare pasientens funksjoner og ressurser, og finner måter som kan kompensere for sviktsymptomer der dette er mulig. Videre understreker han viktigheten av at omsorgsgiver er oppmerksom på endringer i pasientens tilstand, som kan skyldes andre somatiske årsaker. Eldre personer med demens kan ofte ha flere diagnoser og er utsatt for diverse helseproblemer som kan forverre demenssykdommen.

Kitwood referert i Rokstad (2014, s. 26) mener at kjennskap til pasientens livshistorie er viktig fordi demente ofte kan ha en annen tidsoppfatning som kan føre til at de tror de befinner seg i fortiden. Ved å kjenne livshistorien til pasienten blir det lettere for omsorgsgiver å identifisere hvorfor pasienten føler seg forvirret, sint eller utrygg. Videre beskriver han at hvordan pasienten tilpasser seg forandringene demenssykdommen medfører, er nært knyttet opp mot pasientens personlighetstrekk. For eksempel vil person som alltid har vært opptatt av selvstendighet, trolig finne det tøffere å be om hjelp, enn en person som er vant til at andre tar avgjørelser på hans vegne. Endringer i sosiale relasjoner mellom mennesker påvirker opplevelsen av demens, og en person med demens kan få en større opplevelse av seg selv som verdifull ved å ha støttende sosiale relasjoner. For å gi den demente pasienten nødvendig trygghet er det viktig at den sosiale støtten gis kontinuerlig i hverdagsrelasjoner (Kitwood, referert i Rokstad, 2014, s. 26).

3.5 Kari Martinsens omsorgsteori

Martinsen (2003, s. 71) hevder at det er tre fundamentale kvaliteter som må ligge til grunn for å kunne utøve omsorg: sosial relasjon, forståelse for andre, og at omsorgen er ekte. Det må dannes et fellesskap med den andre, og man må opparbeide seg forståelse for hvordan den andre forholder seg til sin situasjon. Videre må man vise at man har forståelse for og anerkjenne den andre ut i fra hans eller hennes situasjon. Hun hevder videre at omsorgen blir beskrevet som uekte hvis man forsøker å forandre den andre sin situasjon før man har vist anerkjennelse for den andre. Da handler man på vegne av sine egne forutsetninger istedenfor den andres. Forholder man seg likegyldig, tilsier dette også at omsorgen ikke er ekte.

Martinsen (2003, s. 71) beskriver det moralske problemet i sykepleien om hvorvidt man skal gripe inn i en pasients liv mot deres vilje, og hun beskriver videre at det ikke finnes noe gitt svar på dette problemet.

I følge Martinsen (2003, s. 75) vil omsorg i utøvelsen av sykepleie i hovedsak basere seg på å gi omsorg til personer som ikke er selvhjulpne. Hun definerer dette som omsorgsarbeid. Omsorgsarbeid karakteriseres videre av at omsorgsutøver har et ansvar og forpliktelse overfor den som mottar omsorg. Forutsetningene for å kunne møte den syke gjennom omsorgsarbeid er kunnskap, ferdigheter og organisasjon. Likevel vil ikke det å ha stor faglig kunnskap nødvendigvis si at man utøver god faglig omsorg. Fagkunnskaper og praktiske ferdigheter må gå sammen til en enhet for å kunne utøve faglig dyktighet (Martinsen, 2003, s. 75).

Omsorgen som utøves i primærhelsetjenesten definerer Martinsen (2003, s. 78) som vedlikeholdsomsorg. Hun beskriver at innenfor hjemmesykepleien vil vedlikeholdsomsorgen spesielt være knyttet til eldre. Her er ikke målet at pasienten skal bli selvhjulpen eller uavhengig, men at pasienten skal opprettholde sitt funksjonsnivå og unngå forverring. Vedlikeholdsomsorgen innebærer å gjøre det så godt for pasienten i den situasjonen pasienten befinner seg i. Martinsen (2003, s. 78) understreker likevel viktigheten av å styrke pasienten sin selvhjulpenhet på de områdene der dette er mulig.

Hun beskriver videre at vedlikeholdsomsorgen er preget av en relasjon mellom sykepleier og omsorgsmottaker som kommer til å vedvare over tid. Denne type pleie kan dermed være belastende og utfordrende for sykepleieren som skal være i situasjonen over tid. Martinsen (2003, s. 79) understreker nødvendigheten av at sykepleier som utøver slik pleie får støtte og omsorg fra andre. Videre beskriver hun at dette kan være vanskelig å oppnå da institusjonene som driver med vedlikeholdsomsorg ofte er preget av underbemanning og tidspress som gjør at sykepleierne sjelden har mulighet til å vise omsorg for hverandre.

Likevel er det institusjonene som utøver vedlikeholdsomsorg som i utgangspunktet har best mulighet til å fungere som omsorgsutøvere, i følge Martinsen (2003, s. 79) Begrunnelsen hennes er at det er mindre spesialisering i primærhelsetjenesten sammenlignet med spesialisthelsetjenesten, som gjør at behandlingen kan være mer omsorgsrettet. I tillegg har de ansatte i primærhelsetjenesten bedre grunnlag for å danne en relasjon til pasienten over tid, da pasientene ofte har behov for langvarige tjenester (Martinsen, 2003, s. 79).

Teorien til Martinsen er relevant for min oppgave da den beskriver de forutsetningene som må ligge til grunn for å kunne utøve omsorg og det ansvaret omsorgsutøver har overfor den som mottar omsorg. Beskrivelsen hennes av at institusjonene som utøver vedlikeholdsomsorg er de best egnede for å utøve omsorg, står likevel i opposisjon til hennes beskrivelse av at institusjoner som utøver vedlikeholdsomsorg ofte er preget av underbemanning og tidspress. Dette kan sees i sammenheng med noen av de utfordringene hjemmesykepleien står ovenfor i møte med demente pasienter som bor alene.

4.0 Presentasjon av funn i forskningsartiklene

I dette kapittelet presenteres de sentrale funnene i de fire forskningsartiklene jeg har inkludert i min oppgave. Forskningsartiklene vil bli presentert hver for seg da dette gir en ryddig oversikt over funn som er gjort i den enkelte artikkel. Den første artikkelen har undersøkt behovene til demente pasienter som bor alene sammenlignet med demente pasienter som bor med andre. Artikkel to beskriver demente pasienters perspektiv på det å bo alene og motta hjelp fra hjemmesykepleien. Artikkel tre og fire beskriver erfaringene til helsepersonell i hjemmesykepleien i samhandling med demente pasienter som bor alene.

4.1 People with dementia living alone: what are their needs and what kind of support are they receiving? (Miranda-Castillo, Woods & Orrell, 2010)

Hensikten med denne kvantitative studien var å identifisere behovene til personer med demens som bor alene, og å sammenligne behovene til demente personer som bor alene med demente personer som bor med andre. Studien er gjennomført i United Kingdom og 152 personer med demens og 128 uformelle omsorgspersoner ble intervjuet. 24 områder som omhandlet sosiale, psykiske, fysiske og miljømessige behov for personer med demens ble kartlagt.

Totalt hadde personer med demens som bodde alene 552 behov, og av disse var det 197 behov som ikke var dekket. Betraktelig flere aleneboende personer med demens mottok hjelp fra hjemmesykepleien, sammenlignet med de som bodde med andre. Likevel hadde demente personer som bodde alene flere udekkede behov enn de som bodde med andre når det kom til mat, egenomsorg og administrering av medisiner. Noen av de hyppigste behovene til aleneboende demente personer som ikke ble dekket var behovet for selskap og behovet for å forhindre utilsiktet skade på en selv. De som bodde alene hadde også flere behov som ikke ble dekket på følgende områder: husarbeid, mat, egenomsorg og utilsiktet selvskade.

4.2 Gradually losing one's foothold – a fragmented existence when living alone with dementia (Svanstrom & Sundler, 2015)

Denne kvalitative studien belyser fenomenet å leve alene med demens og ha et åpenbart behov for omsorg. Studien er gjennomført i Sverige, og seks demente pasienter ble intervjuet i denne studien. Alle deltakerne i studien mottok hjelp fra hjemmesykepleien. Funnene viste at det kunne virke som personer med demens som bor alene gradvis mister hukommelsen av deres tidligere liv når det ikke foregår så mye i deres hjem lenger. Vage minner om det som før var meningsfullt for personen virker tilsynelatende som det eneste som er igjen av deres identitet.

Av resultatene kom det frem at følelsen av ensomhet hos de demente pasientene stort sett var tilstedeværende hele tiden, også når de hadde besøk av hjemmesykepleien. Følelsen av ensomhet førte også til at den demente pasienten lengtet etter andre mennesker. Det fremkom av intervjuene at hjemmesykepleien ikke klarte å tilfredsstille pasientenes lengsel etter andre mennesker, da fokuset til de ansatte i hovedsak var rettet mot å utføre oppgavene de var der for å gjøre. Studien beskriver at hjemmesykepleien ofte bidro til passivisering av den demente pasienten, da de ansatte sjelden inkluderte personen i oppgavene som ble utført.

Å ikke føle at man utgjør en mening i livet til et annet menneske kan være begynnelsen på det å miste sin identitet, en faktor som bidrar til den demente pasientens fragmentering. Gjennom samtalene, virket det som det var viktig for den demente å fortelle deres egen historie rundt hvem de er, og deres livshistorie. Den demente pasienten satt stor pris på besøk fra et annet menneske, og sosial interaksjon kunne bringe frem gode minner og følelser. Samtale og sosial interaksjon ga den demente pasienten en større følelse av identitet.

4.3 Caring for older people living alone with dementia: healthcare professionals experiences (De Witt & Ploeg, 2016)

Denne kvalitative studien belyser helsepersonell sine erfaringer og utfordringer med å gi omsorg til demente pasienter som bor alene i eget hjem i Ontario, Canada. 15 helsepersonell ble intervjuet i denne studien.

De ansatte i studien beskrev det å få den demente pasienten til å godta hjelp som en utfordring. De beskrev det som utfordrende å måtte ta opp temaet med varsomhet, da det å motta hjelp kunne oppfattes som et sårbart tema for den demente pasienten.

Det kom også frem i studien at mangel på ressurser, budsjettkutt og mangel på støtte fra pårørende i visse tilfeller hindret de ansatte i å anstrenge seg for å holde den demente pasienten boende i hjemmet. Begrensede langtidsplasser på sykehjem førte likevel til et press på at den demente pasienten skulle fortsette å bo i hjemmet. Videre beskrev helsepersonellet at det var utfordrende å ivareta pasientens rett til selvbestemmelse, samtidig som de skulle ivareta pasientens sikkerhet. Dette var knyttet til risikoutfordringer som omhandlet fysisk skade og brann.

Helsepersonellet opplevde maktløshet i det å skulle støtte de eldre menneskene med demens med å fortsette å leve alene i samfunnet, blant annet som følge av mangel på ressurser og systemfleksibilitet i hjemmetjenesten. De trakk også frem det etiske dilemma rundt å hele tiden vurdere om pasienten fremdeles var i stand til å bo hjemme, og når de måtte sende noen til sykehjem var dette følelsesmessig utfordrende. Disse følelsene førte til en følelsesmessig kamp, hvor de ansatte balanserte de vanskelige følelsene med å holde fast til troen om at man gjorde det rette.

4.4 Where does risk feature in community care practice with older people with dementia who live alone? (Waugh, 2009)

Denne kvalitative studien beskriver 5 ansatte i hjemmesykepleien sine perspektiver på hva som var nøkkelementene i deres arbeid med pasienter med demens som bodde alene i Sydney, Australia. Av intervjuene kom det frem at desto tidligere i sykdomsforløpet personen med demens fikk hjelp av hjemmesykepleien, jo lettere var det for de ansatte å etablere en relasjon til pasienten. Deltakerne i studien beskrev vanskeligheten med å etablere en relasjon til en dement pasient når pasienten allerede var på et moderat stadie av sykdomsutviklingen. Det ble beskrevet som en utfordring at mange demente pasienter først mottok hjemmesykepleie ved et avansert stadie av sykdomstilstanden.

Det kom også frem i studien at relasjonen de ansatte hadde med pasienten med demens, la grunnlaget for hvor mye hjelp den demente pasienten ville godta. De ansattes ferdigheter i forhold til å involvere pasienten med demens var avgjørende for å få pasienten til å godta ulike former for hjelp. De ansatte beskrev at pasienter med demens opplevde et stort spekter av utfordringer relatert til det å bo hjemme. Noen felles utfordringer for pasientgruppen ble beskrevet og omhandlet: isolasjon, vandring, problemer med kommunikasjon og forståelse, variert innsikt i deres egne daglige livsbehov, og manglende evne til å dekke grunnleggende behov som er avgjørende for å klare å leve selvstendig.

Gjennom intervjuene ble det identifisert faktorer som plasserte den demente pasienten i risiko for enten skade eller forsømmelse. Alle intervjuene tok opp problemet med hvor sårbare personer med demens som bor alene er i forhold til å bli påført skade fysisk og emosjonelt. Dette ble knyttet opp mot demente pasienter som lot dørene stå ulåst og var ukritiske til hvem de slapp inn i hjemmet. Brann i hjemmet, vandring og fall var andre typer risiko den aleneboende demente pasienten var utsatt for. Det fremkom også i studien at ansatte så på endringer i den demente pasientens atferd, somatisk sykdom, og dårligere fysisk helse som utfordringer. Det ble likevel tydelig i intervjuene at målet til de ansatte var å prøve og hjelpe den demente pasienten til å leve et trygt og godt liv så lenge de kunne i sitt eget hjem.

5.0 Diskusjon

De viktigste funnene i resultatdelen var at helsepersonell så på det som utfordrende å få den aleneboende demente pasienten til å godta hjelp, og ivareta pasientens sikkerhet.

Hjemmesykepleien ble i den ene studien beskrevet som oppgavesentrerte, og at de ofte bidro til passivisering av pasienten. Demente pasienter som bodde alene hadde også flere udekkede behov enn demente pasienter som bodde med andre. Pasientene som bodde alene mottok hyppigere hjelp fra hjemmesykepleien sammenlignet med de som bodde med andre.

I dette kapittelet vil jeg drøfte funnene fra forskningen om aleneboende demente pasienter opp mot teorien som er presentert i kapittel 3. Jeg vil også belyse noen egne erfaringer jeg har gjort meg i møte med denne pasientgruppen i hjemmesykepleien.

5.1 Omsorgens betydning for å få den demente pasienten til å godta hjelp

Når en dement pasient ikke ønsker å motta hjelp, kan omsorgen sykepleieren forsøker å gi oppleves som det motsatte av omsorg for den demente pasienten (Fjørtoft, 2016, s. 77). I forskningen til Waugh (2009, s. 212) beskriver de ansatte i hjemmetjenesten at relasjonen de hadde med den demente pasienten la grunnlaget for hvor mye hjelp pasienten ville godta. De ansattes ferdigheter knyttet til å involvere personen med demens var avgjørende for å få personen til å godta ulike former for hjelp. Forskningen til Waugh (2009) trekker i likhet med Martinsen (2003, s. 71) frem den sosiale relasjonen som essensiell for at sykepleieren skal kunne utøve omsorg til demente pasienter. Om en relasjon ikke ligger til grunn kan det heller ikke utøves omsorg.

Rokstad (2014, s. 25) beskriver at relasjonen mellom sykepleier og pasient må baseres på gjensidig tillit. Hvis denne tilliten ikke ligger til grunn, kan det være vanskelig for den demente pasienten å godta og få hjelp av andre. Forutsetningen for å kunne danne en relasjon er at sykepleieren må søke innsikt i hvordan person med demens opplever sin situasjon, og være villig til å lete etter en mening bak vedkommende sin atferd (Rokstad, 2014, s. 25). For å kunne danne en relasjon er dermed forståelsen for den andre essensiell, slik Martinsen (2003, s. 71) beskriver det. I forskningen til Svanstöm og Sundler (2015, s. 150) ble det beskrevet at pasienter med demens som bodde alene gradvis mistet hukommelsen av deres tidligere liv, som følge av den manglende aktiviteten i deres hjem. På grunn av dette kunne det virke som det var viktig for de demente pasientene å få muligheten til å fortelle andre om deres livshistorie og hvem de er.

Kitwood referert i Rokstad (2014, s. 26) hevder at for å kunne forstå den demente pasienten er kjennskapen til pasientens livshistorie viktig. Han underbygger dette med at demente pasienter ofte har en annen tidsoppfatning som gjør at de kan tro at de befinner seg i fortiden. Ved at sykepleier søker innsikt i livshistorien til pasienten blir det lettere å identifisere hvorfor pasienten føler seg forvirret, sint eller utrygg. Et viktig ansvar for sykepleier er dermed å strebe etter å forstå hvilke opplevelser personen med demens har og de synspunktene som uttrykkes (Rokstad, 2014, s. 28).

Jeg er enig med både Rokstad og Martinsen i at forståelsen og relasjonen man har med den andre danner grunnlaget for omsorg, og at i møte med den demente pasienten er forståelsen for hvordan pasienten forholder seg til sin egen situasjon essensiell. Erfaringsmessig vil det likevel kunne være vanskelig å utøve omsorg til demente pasienter som bor alene når de rett og slett ikke ønsker å motta hjelp på tross av hvor mange omsorgsfulle tilnærminger som forsøkes.

5.2 Når pasienten ikke ønsker å motta hjelp

Martinsen (2003, s. 79) hevder at sykepleiere i hjemmesykepleien i utgangspunktet har gode forutsetninger for å kunne utøve omsorg til sine pasienter. Hun begrunner dette med at pasientene ofte har behov for langvarige tjenester som gjør at man har tid til å bygge en relasjon og opparbeide seg forståelse for den andres situasjon. Forskningen til Waugh (2009) identifiserte på den andre siden utfordringer som gjorde det vanskelig for sykepleieren i hjemmesykepleien å danne en relasjon til den demente pasienten. De ansatte beskrev det som utfordrende at pasientene ofte først kom i kontakt med hjemmesykepleien når de hadde nådd et moderat stadie av sykdomsutviklingen (Waugh, 2009, s. 216).

Engeland (2008, s. 220) kaller denne fasen hvor de fleste pasientene med demens først kommer i kontakt med helsevesenet for dekompeniseringsfasen. I dekompeniseringsfasen blir det vanskeligere for pasientene med demens å mestre hverdagen i eget hjem, og fasen er preget av et symptombylde hvor forverret hukommelse, psykotiske symptomer og nedsatt orienteringsevne er fremtredende. Denne fasen vil som følge av symptombylde stille økte krav til sykepleierens kompetanse og evne til å utøve omsorg.

Gjennom mitt eget arbeid i hjemmesykepleien har jeg møtt flere demente pasienter på et moderat stadie av sykdomsutviklingen. Hos den ene demente pasienten var det et gjennomgående problem at pasienten ikke ønsket at ansatte skulle skifte bleie på henne. Pårørende var svært frustrerte over dette da de visste at pasienten trengte hjelp til bleieskift. Ut i fra omsorgsperspektivet til Martinsen (2003, s. 71) burde sykepleieren i denne situasjonen forsøkt å sette seg inn i pasientens situasjon og opparbeide seg en forståelse for hvordan pasienten forholder seg til sin situasjon. Det kan bli vanskelig for sykepleieren om en omsorgsfull tilnærming forsøkes, men ikke fungerer.

I følge de yrkesetiske retningslinjene skal utøvelsen av sykepleie bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap (Norsk sykepleierforbund, 2011). Som sykepleier bærer man på kunnskapen om at en våt bleie som ikke blir skiftet på flere dager er uheldig for pasienten og kan føre til urinveisinfeksjon. Man har også kompetansen som sykepleier til å vite at symptombilde ved en demenssykdom kan gjøre at pasienten ikke alltid har fullstendig innsikt i hva som er til deres eget beste. Fjørtoft (2016, s. 31) understreker viktigheten av at sykepleier i hjemmesykepleien ikke er en «gjest», men en person med faglig kompetanse som kommer fordi det er behov for helsehjelp. Som sykepleier har man et yrkesansvar og er underlagt lovverk som stiller krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Er det da riktig at den demente pasientens behov for omsorg kan komme før kravet om faglig forsvarlighet?

Hvorvidt man skal gripe inn i en pasient sitt liv mot deres vilje blir av Martinsen (2003, s. 71) beskrevet som et moralsk problem i sykepleien det ikke finnes et gitt svar på. Jeg mener at i visse tilfeller vil kanskje det å gripe inn i den demente pasientens liv mot deres vilje være det mest omsorgsfulle valget overfor pasienten. Om sykepleier besøker den demente pasienten hver dag og innfinner seg med at pasienten ikke ønsker å skifte bleie, kan dette stå i strid med kravet om faglig forsvarlighet og kanskje også omsorgsfull hjelp. Etter mitt syn kan det diskuteres om omsorgsfull hjelp er å respektere pasientens ønske om å ikke motta hjelp, i vissheten om at pasienten står i fare for å få urinveisinfeksjon, og eventuelt påfølgende delirium som kan forverre demensdiagnosen.

5.3 Sykepleierens yrkesfaglige ansvar i møte med demente pasienter som bor alene

Fjørtoft (2016, s. 17) beskriver at et av hjemmesykepleiens overordnede mål er å sørge for at den enkelte kan bo hjemme så lenge dette er forsvarlig og ønskelig. Hun beskriver videre at forutsetningene for å kunne få til dette er at pasienten får den helsehjelpen som er nødvendig, får dekket sine grunnleggende behov, og at vedkommende ikke står i fare for å bli påført skade eller unødvendig lidelse. En demensdiagnose innebærer et symptombilde som ofte utarter seg i form av svekket hukommelse og svekket orienteringsevne (Engedal, 2008, s. 219). Symptomene sykdommen medfører kan dermed føre til at en demens pasient glemmer å skru av ovnen etter bruk eller vandrer ute i gatene uten å finne veien hjem.

I forskningen til Waugh (2009, s. 214) tok alle deltakerne i studien opp problemet med hvor sårbare personer med demens som bor alene er i forhold til å bli påført skade fysisk og emosjonelt. Dette ble også belyst som en utfordring i studien til De Witt og Ploeg (2016, s. 229) hvor helsepersonellet beskrev utfordringen med å ivareta pasientens sikkerhet, spesielt knyttet til det å forhindre brann og fysisk skade. Selv besøkte jeg en demens pasient i hjemmesykepleien hvor døren ofte var ulåst når man kom på morgenen, på tross av at hjemmesykepleien hadde som regel at de ansatte skulle låse døren ved siste besøk. Første gang jeg besøkte pasienten var hun også svært imøtekommende mot meg, og stilte ingen spørsmål om hvorvidt jeg var fra hjemmesykepleien.

I helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 4-1) beskrives det at kommunen skal tilrettelegge for at helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Det kan stilles spørsmål ved hvor godt dette overholdes når sykepleieren skal støtte den demente pasienten i å kunne bo hjemme, og samtidig akseptere den grad av risiko det innebærer. Som sykepleier har man et ansvar og forpliktelse overfor den som mottar omsorg (Martinsen, 2003, s. 75), og helsepersonelloven (1999 § 4) beskriver at arbeidet sykepleier utøver skal være faglig forsvarlig. Spørsmålet er hvordan sykepleieren skal forsikre seg om at å støtte den demente pasienten i å bo hjemme er faglig forsvarlig, når pasientgruppen er i risiko for å bli påført skade fysisk og emosjonelt. Det kan tilsynelatende virke som at sykepleiere i møte med denne sårbare pasientgruppen er nødt til å bevege seg i et grenseland mellom sitt eget yrkesfaglige ansvar, og pasientens ønske om å bo i eget hjem.

De ansatte i forskningen til De Witt og Ploeg (2016, s. 230) beskrev det som utfordrende å hele tiden måtte vurdere om pasienten fremdeles kunne bli boende i hjemmet, og når noen måtte sendes på sykehjem var dette også følelsesmessig utfordrende for den ansatte. Selv om det ikke er sykepleieren som avgjør om en pasient skal flyttes til sykehjem, kan det være utfordrende å måtte ta vurderingen om når lege bør kontaktes for å vurdere om pasienten fremdeles kan bli boende i hjemmet. Det vil kunne være følelsesmessig vanskelig for en sykepleier å være delaktig i avgjørelsen om å sende en dement pasient til sykehjem om sykepleieren har dannet et kjennskap til pasienten over tid. Martinsen (2003, s. 79) beskriver nødvendigheten av at en sykepleier som utøver vedlikeholdssorg i hjemmesykepleien får støtte og omsorg fra andre. Denne støtten er avgjørende som følge av at relasjonen til pasienten ofte vedvarer over tid, og at dette kan være belastende og utfordrende for sykepleieren. Hun understreker videre at i dagens hjemmesykepleie som preges av underbemanning og tidspress, kan det være vanskelig for sykepleiere å ha mulighet til å vise omsorg for hverandre.

5.4 Hjemmesykepleien – en omsorgsinstitusjon?

Martinsen (2003, s. 78) beskriver at vedlikeholdsomsorgen som utøves i primærhelsetjenesten innebærer å gjøre det så godt som mulig for pasienten i den situasjonen pasienten befinner seg i. Hun hevder at det er institusjonene som utøver vedlikeholdsomsorg som har best forutsetninger for å kunne fungere som omsorgsutøvere, og dette begrunnes med at det er mindre spesialisering i primærhelsetjenesten enn spesialisthelsetjenesten som gjør at behandlingen kan være mer omsorgsrettet.

Forskningen til Miranda-Castillo et al. (2010, s. 614) viste at betraktelig flere aleneboende personer med demens mottok hjelp fra hjemmesykepleien sammenlignet med demente pasienter som bodde med andre. Samtidig hadde demente personer som bodde alene flere udekkede behov enn de som bodde med andre. Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 3-1) presiserer kommunens ansvar i forhold til å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til de som oppholder seg i kommunen, og loven understreker at lovgivningen omfatter alle pasient- og brukergrupper. Dette omfatter også de sårbare pasientgruppene. Det er ikke gitt at demente som bor alene har pårørende som kan hjelpe de i dagliglivet, og forskningen til Miranda-Castillo et al. (2010) viste tydelig at hjemmesykepleien har utfordringer med å ivareta den aleneboende demente pasientens behov.

5.4.1 Tiden setter grenser

Fjørtoft (2016, s. 164) hevder at tid er en avgjørende faktor for å kunne utøve god omsorg til den enkelte pasient. Tidspress i hjemmesykepleien er en utfordring som både pasienten og den ansatte kan syntes er vanskelig. For å kunne bygge en relasjon og utøve god omsorg trengs det tid, men som sykepleier i hjemmesykepleien kan man ofte oppleve dårlig tid og bli stresset over antallet pasienter som venter på besøk (Fjørtoft, 2016, s. 164). Hvis man bruker lenger tid hos en pasient, er det en annen pasient som får mindre tid.

I forskningen til Svanström og Sundler (2015, s. 151) kom det frem at de demente pasientene som bodde alene hadde en tilnærmet konstant følelse av ensomhet, som førte til en lengsel etter andre mennesker. Forskningen viste at det som ga den demente pasienten en større følelse av identitet var samtale og sosial interaksjon med andre. Dette stemmer overens med Kitwood referert i Rokstad (2014, s. 27) sitt arbeid, hvor han hevder at støttende sosiale relasjoner kan føre til at personer med demens får en større opplevelse av seg selv som verdifull. Han hevder at opplevelsen av demens påvirkes av endringer i sosiale relasjoner mellom mennesker, og at for å kunne gi den demente pasienten den nødvendige tryggheten, er det viktig at den sosiale støtten gis kontinuerlig i hverdagsrelasjoner.

Forskningen til Svanström og Sundler (2015, s. 151) beskrev også at hjemmesykepleien ikke klarte å tilfredsstille den demente pasientens lengsel etter sosial interaksjon. Tvert imot beskrev forskningen hjemmesykepleien som svært oppgavesentrerte i deres arbeid og at de ofte bidro til passivering av den demente pasienten. Den demente pasienten ble sjelden inkludert i oppgavene de ansatte i hjemmesykepleien utførte. I mitt eget arbeid i hjemmesykepleien har jeg selv vært vitne til og vært delaktig i forsøket på å spare tid hos demente pasienter som bor alene. Dette kan for eksempel være å bidra med kompenserende handlinger overfor pasienten. Det vil si at man som tar over oppgaver pasienten i utgangspunktet kunne klart selv med motivasjon og veiledning.

Denne passiviseringen av pasienten med demens står i strid med det Kitwood referert i Rokstad (2014, s. 26) beskriver som personsentrert omsorg. Han mener at målet må være at omsorgsgiver arbeider for å bevare pasientens funksjoner og ressurser. Som sykepleier må man ha kjennskap til de hjerneorganiske forandringene som oppstår ved demens og kompensere for sviktsymptomer der dette er mulig. Martinsen (2003, s. 78) understreker også at vedlikeholdsomsorgen må bidra med å styrke pasienten sin selvhjulpenhet på de områdene der dette er mulig. På mange måter er det forståelig at hjemmesykepleien som tjeneste ikke har mulighet til å fungere som en sosial samtalepartner for pasienter som følge av tidspresset mange ansatte opplever. Etter mitt syn bør det likevel tilstrebes at en sykepleier i hjemmesykepleien åpner opp for sosial interaksjon med pasienten samtidig som oppgavene utføres. Slik kan sykepleier kanskje bidra til å styrke den demente pasientens følelse av identitet og fjerne lengselen etter andre mennesker, om så bare for en liten stund.

Fjørtoft (2016, s. 225) beskriver den ideelle hjemmetjenesten hvor pasientens behov for omsorg dekkes av en tjeneste som tilbyr kvalifiserte ansatte med tilstrekkelig tid og faglig dyktighet. I realiteten er hjemmesykepleien blitt en tjeneste hvor knapp tid og knappe ressurser ofte er styrende for sykepleier sine handlinger (Fjørtoft, 2016, s. 225). Sykepleierens ansvar i forhold til å ivareta den enkelte pasientens behov for omsorgsfull hjelp er beskrevet i helsepersonelloven (1999, § 4), men økt press på sykepleier sin effektivitet gjør det ofte vanskelig å yte god helhetlig omsorg til pasientene (Fjørtoft, 2016, s. 225). Pasienter med demens er svært sårbare for mangel på personkontinuitet som preger dagens hjemmesykepleietjeneste (Fjørtoft, 2016, s. 187). For å kunne utøve omsorg til den demente pasienter er det en forutsetning at det er få personer som besøker pasienten slik at den ansatte og pasienten har mulighet til å danne en relasjon over tid (Fjørtoft, 2016, s. 187). I dagens hjemmesykepleietjeneste preget av mange ansatte, mange pasienter, og mange ulike profesjoner, har personkontinuitet vist seg å være vanskelig å oppnå.

5.4.2 Mangel på kompetanse

I forskningen til Waugh (2009, s. 214) presiserte de ansatte at endringer i personens atferd, somatisk sykdom og dårligere fysisk helse ble sett på som kritiske tider i livene til pasienten som bodde alene med demens. Kitwood referert i Rokstad (2014, s. 26) understreker viktigheten av at omsorgsgiver er oppmerksom på endringer i pasientens tilstand, som kan skyldes andre somatiske årsaker enn selve demenssykdommen. Eldre personer med demens kan ofte ha flere diagnoser og er utsatt for helseproblemer som kan forverre demenssykdommen. Her hviler det et stort ansvar på omsorgsgiver til å være på vakt overfor endringer og atferd som kan skyldes andre årsaker enn forverring av demenssykdommen.

For at omsorgsgiver skal kunne identifisere endringer og dermed gi personsentrert omsorg til den demente pasienten, trenger de kompetanse. Sykepleierkompetanse kan deles i kunnskaper, ferdigheter, og personlige egenskaper (Eraut, referert i Fjørtoft, 2016, s. 214). I hjemmesykepleien må sykepleieren kunne bruke kunnskaper og ferdigheter på en fleksibel måte og kunne tilpasse handlinger til det som kreves av situasjonen. Kompetansen til den ansatte er avgjørende for kvaliteten på tjenesten som gis (Fjørtoft, 2016, s. 214). En av utfordringene i dagens hjemmesykepleie er at kompetansen til de ansatte ikke er blitt styrket etter innføring av samhandlingsreformen, på tross av at de i dag mottar mer komplekse og utfordrende pasienter enn før innføringen (Fjørtoft, 2016, s. 153). Hvis dette stemmer vil det stå i strid med § 4-1 i helse- og omsorgstjenesteloven (2011) som beskriver at kommunen skal legge til rette for at det sikres tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene.

Både studien til De Witt og Ploeg (2016) og studien til Waugh (2009) konkluderte med at det er behov for å styrke kompetansen til de ansatte når det gjelder generell kunnskap om demens og personsentrert omsorg. Mangel på kunnskap og kompetanse om demens i hjemmetjenestene blir også belyst som en av hovedutfordringene i Demensplanen 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 11). Etter mitt syn tyder dette på at de ansatte i hjemmesykepleien trenger opplæring og kursing for å kunne utøve god omsorg til demente pasienter som bor alene. Sykepleie til demente pasienter som bor hjemme er et komplekst arbeidsfelt, og det er mye som må tas hensyn til for å sikre god omsorg til denne pasientgruppen (Fjørtoft, 2016, s. 78). Dette viser et stort behov for en kompetanseheving blant de ansatte i hjemmesykepleien når det kommer til å utøve omsorg til demente pasienter som bor alene.

5.4.3 Å verdsette mennesker med demens som bor alene

For å kunne utøve personsentrert omsorg til pasienter med demens er en grunnleggende forutsetning at man først og fremst verdsetter mennesker med demens (Rokstad, 2014, s. 28). Det vil si at sykepleieren arbeider ut fra en holdning hvor personen med demens respekteres og møtes som et hvilket som helst annet fullverdig medlem av samfunnet gjennom hele sykdomsforløpet (Rokstad, 2014, s. 28).

I forskningen til Waugh (2009, s. 216) beskrev de ansatte at deres mål var å støtte den demente pasienten som bodde alene til å leve et trygt og uavhengig liv så lenge de kunne i deres eget hjem. I forskningen til De Witt og Ploeg (2016, s. 229) kom det frem at manglende ressurser fra tjenesten i visse tilfeller hindret de ansatte i å anstrenge seg for å støtte pasienten i å kunne bo i hjemmet. Det kan tenkes at individuelle forskjeller i land og helsevesen gjør det lettere for de ansatte i studien til Waugh (2009) å støtte den demente pasienten i å bo hjemme. Likevel er det viktig å poengtere at for å kunne utøve omsorg til demente pasienter som bor alene, er det en forutsetning at sykepleieren respekterer pasientens ønske om å bo i hjemmet. I følge Martinsen (2003, s. 71) er en forutsetning for å kunne utøve omsorg at omsorgen er ekte. Det vil si at man må forholde seg til pasienten ut fra en holdning som anerkjenner pasienten sin situasjon. For å kunne utøve god omsorg til demente pasienter som bor alene er det dermed en forutsetning at sykepleieren møter denne pasientgruppen og støtter denne pasientgruppen med et genuint ønske om at de skal ha det så godt som mulig i deres eget hjem. Hjemmet er for mange et symbol på selvstendighet og identitet (Fjørtoft, 2016, s. 28), og det kan antas at et hjem er spesielt viktig for en dement pasient som litt etter litt mister sin følelse av identitet i takt med at sykdommen progredierer. Kanskje er det kun ut i fra denne holdningen at den demente pasienten kan føle seg sett og anerkjent som et unikt individ av sykepleieren?

6.0 Konklusjon

Hensikten med dette litteraturstudiet var å belyse utfordringer som gjorde det vanskelig for sykepleier i hjemmesykepleien å utøve omsorg til aleneboende demente pasienter. For å kunne utøve god omsorg til demente pasienter som bor alene trengs tid og kompetanse. Tidspresset i hjemmesykepleien og manglende personkontinuitet kan gjøre det vanskelig å danne en relasjon til den demente pasienten, noe som er en forutsetning for å kunne utøve omsorg. For å utøve personsentrert omsorg til demente pasienter trengs kompetanse om hva en demensdiagnose innebærer, og en utfordring i dagens hjemmesykepleie er at kompetansen til de ansatte ikke er blitt styrket etter innføring av samhandlingsreformen.

For å få den demente pasienten til å godta hjelp er relasjonen og forståelsen for pasienten essensiell. Om en dement pasient ikke ønsker å motta hjelp etter en omsorgsfull tilnærming er forsøkt, kan dette by på utfordringer for sykepleieren. Om sykepleierens kompetanse tilsier at den demente pasienten trenger hjelpen som ikke ønskes, kan det være utfordrende å vurdere om det å respektere pasientens ønske er det mest omsorgsfulle valget overfor pasienten. Pasienter med demens som bor alene er en sårbar pasientgruppe preget av et symptombilde som gjør at de kan glemme å slå av komfyren etter bruk eller vandre ute i gatene uten å finne veien hjem. Å balansere det yrkesfaglige kravet om faglig forsvarlighet i møte med denne pasientgruppen kan derfor være utfordrende. Dette kan også by på følelsesmessige utfordringer for sykepleieren, og en sykepleier som utøver omsorg i hjemmesykepleien har behov for støtte og omsorg fra andre. I dagens hjemmesykepleietjeneste vil dette kunne være vanskelig å oppnå som følge av tidspres og underbemanning.

Studien viser at det er behov for mer forskning spesifikt rettet mot demente pasienter som bor alene, og hvordan sykepleier kan utøve god omsorg til denne pasientgruppen. Hjemmesykepleien må legge til rette for bedre tilpassede tjenester til pasienter som bor alene med demens, og ansatte som skal arbeide med denne pasientgruppen trenger opplæring i demens og personsentrert omsorg ved demens.

7.0 Litteraturliste

- Aldring og helse. (2017, 31. august). Personsentrert omsorg. Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/demens/personsentrert-omsorg/>.
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Den norske legeforening. (2012, 2. februar). Helsinkideklarasjonen. Hentet fra <https://beta.legeforeningen.no/fag/forskning/helsinkideklarasjonen/>
- De Witt, L., & Ploeg, J. (2016). Caring for older people living alone with dementia: Healthcare professionals' experiences. *Dementia*, 15(2), 221-238. <https://doi.org/10.1177/1471301214523280>
- Engebretsen, E. (2014, 29. September). Helsinkideklarasjonen. Hentet fra <https://sml.sn1.no/Helsinkideklarasjonen>
- Engedal, K. (2008). *Lærebok alderspsykiatri i praksis*. (2. utg.). Tønsberg: Aldring og helse forlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2018, 14. mai). Demens. Hentet fra <https://fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Fjørtoft, A. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Heggelund, M. (2015). *Demens og hjemmesykepleie: en litteratursammenstilling om etiske, faglige og organisatoriske utfordringer slik hjemmesykepleien opplever dem i møte med enslige hjemmeboende personer med demens* (Masteroppgave). Universitetet i Oslo. Hentet fra https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/46034/Heggelund_Master_AGS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). Sjekklistene. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplanen 2020 KORTVERSJON: Et mer demensvennlig samfunn*. https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020_kortversjon.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018, 16. mai). Første oversikt over personer på venteliste til sykehjem. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/forste-oversikt-over-personer-pa-venteliste-til-sykehjem/id2601511/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St. Meld. 47 2008-2009). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Norsk sykepleierforbund. (2011, 9. august). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile?fbclid=IwAR31gVK4svokkxk1li4TYfUuSmF5B8sKT-7oeGuNz1-r5iKcepOmpWkUDZ8>
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Miranda-Castillo, C., Woods, B., & Orrell, M. (2010). People with dementia living alone: What are their needs and what kind of support are they receiving? *International Psychogeriatrics*, 22(4), 607-617. <https://doi.org/10.1017/S104161021000013X>
- Riksrevisjonen. (2016). Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen (Dokument 3:5 (2015-2016)). Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.pdf>
- Rokstad, A.M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (s.408-434). Oslo: Gyldendal.
- Svanström, R., & Sundler, A. (2015). Gradually losing one's foothold – A fragmented existence when living alone with dementia. *Dementia*, 14(2), 145-163. <https://doi.org/10.1177/1471301213494510>
- Svartdal, F. (2018, 22. september). Fagfelleevaluering. Hentet fra <https://snl.no/fagfelleevaluering>
- Thidemann, I.J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Waugh, F. (2009). Where does risk feature in community care practice with older people with dementia who live alone? *Dementia*, 8(2), 205-222. <https://doi.org/10.1177/1471301209103255>

VEDLEGG 1) PS-skjema

Problemstilling:

«Hvilke utfordringer har sykepleier i forhold til å ivareta omsorg for demente pasienter som bor alene og mottar hjelp fra hjemmesykepleien?»

	P Patient/problem	S Situation/Situasjon
	Demente pasienter som bor alene og mottar hjelp fra hjemmesykepleien	Sykepleiefaglige utfordringer ved ivaretagelse av omsorg
Norske ord	Demens Hjemmesykepleie Aleneboende	Omsorg Personsentrert omsorg Utfordringer
Engelske mesh termer	Dementia Home nursing Home care services Independent living Living alone	Care Patient centered care Challenges

VEDLEGG 2) Søkehistorikk

Side 1 av 5

Database	Søkeord	Antall studier funnet i søket	Relevante artikler funnet i søket basert på overskrift	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte studier i oppgaven
Cochrane Library 30.04.19	#1 MeSH descriptor: [Dementia] #2 MeSH descriptor: [Home Care Services] #3 MeSH descriptor: [Independent Living] #4 MeSH descriptor: [Home Nursing] #5: #2 OR #4 #6: #1 AND #5 AND #3	0 systematic reviews	0	0	0	0
	#1 MeSH descriptor: [Dementia] #2 MeSH descriptor: [Home Care Services] #3 MeSH descriptor: [Home Nursing] #4: #2 OR #3 #5 MeSH descriptor: [Patient Centered Care] #6: #1 AND #4 AND AND #5	0 systematic reviews	0	0	0	0
	#1 MeSH descriptor: [Dementia] #2 MeSH descriptor: [Home Care Services] #3 MeSH descriptor: [Home Nursing] #4: #2 OR #3 #5: #1 AND #4	4 systematic reviews	0	0	0	0

Side 2 av 5

Database	Søkeord	Antall studier funnet i søket	Relevante artikler funnet i søket baser på overskrift	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte studier i oppgaven
MedLine/Ovid 29.04.19	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dementia.mp. or Dementia/ 2. Independent living.mp. or Independent Living/ 3. Home care services.mp. or Home Care Services 4. Home nursing.mp. or Home Nursing/ 5. Care.mp. 6. 3 OR 4 7. 1 AND 2 AND 5 AND 6 <p>Patient centered care ga ingen resultater.</p>	28 studier	4	4	2	2

Side 3 av 5

Database	Søkeord	Antall studier funnet i søket	Relevante artikler funnet i søket basert på overskrift	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte studier i oppgaven
CINAHL 30.04.19	<p>Søk 1: S1 = (MH "Dementia") OR dementia S2 = (MH "Community living") OR "independent living" S3 = "living alone" S4 = (MH "Home Health care") OR "home care services" S5 = (MH "Home Nursing") OR "home nursing" S6 = S4 OR S5 S7 = S2 OR S3 S8 = S1 AND S6 AND S7</p> <p>Søk 2: S1 = (MH "Dementia") OR dementia S2 = (MH "Patient Centered Care") OR "patient centered care" S3 = «care» S4 = (MH "Home Health care") OR "home care services" S6 = (MH "Community living") OR "independent living" S7 = "living alone" S8 = «community care» S9 = S2 OR S3 S10 = S4 OR S8 S11 = S6 OR S7 S12 = S1 AND S9 AND S10 AND S11</p>	<p>57 studier</p> <p>etter avgrensning "research article"</p> <p>33 studier</p> <p>49 studier</p> <p>Etter avgrensning «research article»</p> <p>29 studier</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>4</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>4</p>	<p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>	<p>0</p> <p>1</p>

Side 4 av 5

Database	Søkeord	Antall studier funnet i søket	Relevante artikler funnet i søket basert på overskrift	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte studier i oppgaven
SveMed+ 30.04.19	1. exp: «Dementia» 2. exp: «Independent Living» 3. exp: «Home Care Services» 4. exp: «Home Nursing» 5. #3 OR #4 6. #1 AND #2 AND #5	6 studier	2	2	0	0
	1. exp: «Dementia» 2. exp: «Home care services» 3. exp: «Home nursing» 4. exp: «Patient centered care» 5. #2 OR #3 6. #1 AND #4 AND #5	2 studier	2	2	0	0

Side 5 av 5

Database	Hvor er artikkelen hentet fra?	Navn på artikkel
Manuelt søk	Funnet via Masteroppgave fra UiO via google søk om «demens» og «hjemmesykepleie» og «utfordringer».	People with dementia living alone: what are their needs and what kind of support are they receiving?

VEDLEGG 3) Litteratormatrise

Side 1 av 4

Artikkel 1

Forfatter/tittel/land	Studiens hensikt/mål	Metode	Resultat	Konklusjon
Miranda-Castillo et. al (2010) <i>People with dementia living alone: what are their needs and what kind of support are they receiving?</i> United Kingdom.	Hensikten med studien var å identifisere behovene til menneskene med demens som bor alene og sammenligne behovene med demente som ikke bor alene. Det var ventet at menneskene med demens som bodde alene ville ha betraktelig flere udekkede behov enn de som bodde med andre.	152 personer med demens ble intervjuet angående deres behov. 128 uformelle omsorgspersoner ble også intervjuet angående den dementes livskvalitet, sosialt nettverk, oppførsel, psykiske symptomer, funksjonsstatus og tjenester som ble brukt av den demente personen.	Personene med demens som bodde alene hadde betydelig flere behov som ikke ble dekket sammenlignet med de som bodde med andre. De som bodde alene hadde større utfordringer enn de som bodde med andre i forhold til å ta hånd om eget hjem og ta vare på seg selv. De hyppigste behovene som ikke ble dekket var behov for å ivareta egenomsorg, behovet for selskap og behovet for å forhindre utilsiktet skade på seg selv.	Studien understreker viktigheten av at myndighetene og tjenestene er klar over at pasienter som bor alene med demens er en sårbar gruppe utsatt for risiko som følge av at de har flere behov som ikke blir dekket og er mer isolert.

Side 2 av 4

Artikkel 2

Forfatter/tittel/land	Studiens hensikt/mål	Metode	Resultat	Konklusjon
Svanström, R., & Sundler, A. (2015) <i>Gradually losing one's foothold – a fragmented existence when living alone with</i> Sverige.	Målet med studien var å belyse fenomenet å leve alene med demens og ha et åpenbart behov for omsorg.	Kvalitativ studie. Datamaterialet besto av notater fra 32 besøk og transkripsjoner fra 11 båndopptatte samtaler med seks demente pasienter.	Resultatene viser at personen med demens som bor alene ender i en vag eksistens hvor de ikke kan overleve alene. Resultatene viste også at helsepersonell ikke ga nok oppmerksomhet til pasientens potensiale.	Studien belyser viktigheten av pasienter med demens sitt perspektiv for å bedre forstå det indre livet til en person som lever med demens. Dette er viktig for helsepersonell for å bedre forstå denne pasientgruppen og deres behov. For å utøve god pleie til demente som bor alene må personen føle seg trygg, og sosial interaksjon er viktig for den demente pasienten som bor alene. Studien argumenterer for at pasienter med demens som bor alene kan bli empowered, og trenger spesielt tilpasset omsorg for å mestre hverdagslivet og oppleve en meningsfull tilværelse.

Side 3 av 4

Artikkel 3

Forfatter/tittel/land	Studiens hensikt/mål	Metode	Resultat	Konklusjon
<p>De Witt, L. & Ploeg, J. (2016).</p> <p><i>Caring for older people living alone with dementia: healthcare professionals experiences</i></p> <p>Canada.</p>	<p>Beskrive helsepersonell sine erfaringer i forhold til å utøve pleie til eldre demente som bor alene.</p>	<p>Kvaliativ studie. Individuelle semi-strukturerte intervju ble brukt. 15 helsepersonell var intervjuet.</p>	<p>De ansatte i studien beskrev det å få den demente pasienten til å godta hjelp som en utfordring. Ivaretagelse av pasientens sikkerhet ble også beskrevet som en utfordring.</p> <p>Helsepersonellet opplevde maktløshet i å skulle støtte den demente med å fortsette å bo hjemme som følge av mangel på ressurser og systemfleksibilitet i hjemmetjenesten.</p> <p>Det å vurdere om pasienten fremdeles kunne bo i hjemmet ble beskrevet som etisk utfordrende for de ansatte. Disse følelsene førte til en følelsesmessig kamp, hvor de ansatte balanserte de vanskelige følelsene med å holde fast til troen om at man gjorde det rette.</p>	<p>Studien viser til rom for forbedring av helsetjenester til demente som bor alene i eget hjem. Studien viser behov for et undervisningsprogram og undervisning og praktisering av personsentrert omsorg. I tillegg til bedre støtteordninger for helsepersonellet som arbeider med denne pasientgruppen.</p>

Side 4 av 4

Artikkel 4

Forfatter/tittel/land	Studiens hensikt/mål	Metode	Resultat	Konklusjon
Waugh (2009) <i>Where does risk feature in community care practice with older people with dementia living alone?</i> Australia.	Beskrive 5 ansatte sine perspektiver rundt hva som var nøkkelementene i deres arbeid med demente som bor alene. Studien er gjennomført i en hjemmesykepleie i et non-profit agency i Sydney. Studien ønsket å utfordre forestillingen om at risiko er det eneste fokuset hos de ansatte som jobber med pasienter som bor alene med demens.	Kvalitativ studie. In-depths intervju ble gjennomført med de 5 ansatte.	Deltakerne beskrev utfordringer som omhandlet relasjonen til den demente pasienten som bodde alene, og utfordringer med å få den demente til å godta hjelp. Intervjuene identifiserte også faktorer som gjorde den demente pasienten utsatt for risiko. Avgjørelser som måtte tas om den demente pasienten kunne føre til spenninger mellom helsepersonellet og pårørende.	Forestillingen om at risiko er det eneste altoppslukende fokuset hos de ansatte er utfordret i denne studien. Å arbeide med demente som bor alene er en kompleks arena for de ansatte. Personsentrert omsorg, vurdering av risiko, tilgangen til ressurser og kompetanse har alle betydning for muligheten til å kunne utøve omsorg til denne pasientgruppen.