



Høgskulen på Vestlandet

SYKH390 Bacheloroppgave

SYKH390-O-2024-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	26-04-2024 09:00 CEST	Termin:	2024 VÅR
Sluttdato:	10-05-2024 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKH390 1 O 2024 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	175
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7581
----------------------	------

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:	7
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven 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

Personsentrert demensomsorg med
hjemmet som arena

Person centeredness in homebased
dementia care

Kandidatnummer: 175.

Sykepleie

Fakultet for helse og sosialvitenskap/ Høgskolen på Vestlandet/ Sykepleie

10.05.2024

Antall ord: 7581

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, § 12-1.

Sammendrag

Bakgrunn for valg av tema: I tråd med den demografiske utviklingen vil samfunnet oppleve en øking i antall eldre i løpet av de kommende årene. Dette medfører en økning i antall pasienter/brukere med en demensdiagnose som helsepersonell må være forberedt på hvordan de best kan gi omsorg og pleie. **Problemstilling:** Hva skal til for at en sykepleier i hjemmetjenesten skal kunne arbeide personsentrert med pasienter/brukere med demens. **Hensikt:** Å trekke frem hvilke tiltak man bør ta i bruk i oppstart og behandling for å kunne arbeide personsentrert i hjemmetjenesten med pasienter med demens. **Metode:** Det er i oppgaven brukt litteraturstudie som metode. **Resultater:** Funnene i oppgaven baserer seg på fire forskjellige artikler hentet fra Europeiske land og Canada. De har alle sett på hvordan personsentrert omsorg blir tatt i bruk overfor pasienter/brukere som har en demensdiagnose. Det kommer fram mangler på personalets kunnskaper, manglende kartlegging av pasienten/brukeren, lite rom for fleksibilitet og svake relasjoner mellom pasient og pleier. **Konklusjon:** Man må i større grad ha kunnskap om pasienten/brukeren, kunnskap om pasientgruppen, kunnskap om hvordan man bygger en god relasjon til pasienten og hvordan man tilrettelegger arbeidssituasjonen. Oppgaven viser at det er behov for å utforske videre hvordan man skal organisere hjemmetjenesten for å gi pasientene med demens et helhetlig og personsentrert tilbud.

Abstract

Background: According to the demographic development, we will see an increase in the older population in the future. This will entail an increase in the number of patients living with dementia and health personnel must be prepared to give these people the best possible care. **Main aim:** To find out what a nurse working within homebased services need to know to practice person centered care for patients living with dementia. **Intention:** Show which interventions that must be done either in the beginning or along the way for patients living with dementia who are getting home nurse services. **Method:** This thesis is using literary study as a method. **Results:** The results come from four different studies from European countries and Canada. They have all focused on how to use person centered care when working with patients with dementia. It has been pointed out that there is a lack of knowledge, a lack of mapping of patients, not much room for flexibility and weak relations between nurses and patients. **Conclusion:** This thesis shows that there is a need for more knowledge about how home nurse services should be organized to be able to offer care that is holistic and person-centered to patients living with dementia. There is a need of better information about the patient, further knowledge of the patient group, to build a better nurse-patient relation and to facilitate the work environment.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Tidligere forskning og kunnskapshull	7
1.3 Teoretisk perspektiv	8
1.3.1 Definisjon av sentrale begreper	8
1.3.2 Demens	9
1.3.3 Personsentrert omsorg	10
1.4 Hensikt	12
1.5 Problemstilling	12
1.5.1 Avgrensninger	12
2 Metode	13
2.1 Begrunnelse for valg av metode	13
2.2 Søkeprosessen	13
2.2.1 Trinn 1	14
2.2.2 Trinn 2	14
2.2.3 Trinn 3 og 4	15
2.2.5 Trinn 5	15
2.2.6 Trinn 6	15
2.3 Metodekritikk	16
2.4 Kvalitetsvurdering av artikler	16
2.5 Ethiske vurderinger	17
3 Analyse	17
4 Resultater	19
4.1 Kort om artiklene	19
4.2 Systematiserte funn etter tema	20
5 Diskusjon	23
5.1 Kartlegging av pasientens helhetlige behov	23
5.2 Sykepleier–pasient/bruker relasjonen	25
5.3 Å ha kunnskap om demens som en kompleks og sammensatt lidelse	27

5.4 Tilrettelagte arbeidsforhold	29
6 Avslutning	31
7 Referanser	32

Vedlegg (eget dokument):

- Vedlegg 1-PICO tabell
- Vedlegg 2- Kvalitetsvurdering av artikler
- Vedlegg 3- Søkematrise
- Vedlegg 4- Artikkelmatrise
- Vedlegg 5- Resultater i tabell

1 Innledning

I denne delen av oppgaven presenteres årsaken til valg av tema. Videre beskrives kunnskapshull, relevant teori og hensikten med oppgaven, før oppgavens problemstilling presenteres.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Enhver type behandling forutsetter en form for kontakt eller relasjon med den aktuelle pasienten/brukeren. En god måte å få kontakt og bygge en relasjon til et menneske på, er å se hele menneske; tenke personsentrert. Dette er en behandlingsmåte som Tom Kitwood trakk inn i demensomsorgen (Kirkevold et al., 2022, s. 417). Mange, både innen helsevesenet og utenfor, kjenner til viktigheten av dette. Et noe uortodokst eksempel på dette kommer frem i en scene fra Pixars film «Coco». Her ser vi en oldemor som er tydelig kognitivt svekket, men ved hjelp av en sang fra barndommen «våkner» hun, synger med og kan fortelle om familien og om sin avdøde far (Unkeich, 2017, 1:29:07-1:32:53). Dette er et moderne eksempel som setter lys på denne oppgavens tema: personsentrert omsorg ovenfor personer med demens.

I 2023 varslet regjeringen en ny reform som skulle tre i kraft i 2024. Denne har blitt kalt «Bo trygt hjemme-reformen» og er en reform som tar for seg problematikken rundt en økende eldrebefolkning (Meld. St. 24 (2022-2023), s. 4-11). Ifølge den demografiske utviklingen kan man forvente at antall eldre i Norge i fremtiden vil stige kraftig, blant annet på grunn av at levealderen øker. Statistisk sentralbyrå (SSB, 2020) har beregnet at levealder i Norge vil ligge på ca. 90 år i 2060 (SSB, 2020). I dag er forventet levealder for kvinner ca. 85 år og ca. 81 år for menn. I stortingsmeldingen finner vi egne avsnitt som tar for seg fremtidens plan for den andelen mennesker som lever med demenssykdommer. Disse omhandler temaer som: «alders- og demensvennlige omgivelser» og «øke kunnskap om boformer som er egnet for personer med demens». Her er fokuset å finne ut hvilket miljø og hva slags boformer og tjenester man skal tilby denne pasientgruppen for at de skal kunne fungere best mulig. Dette ønsker regjeringen blant annet å finne ut ved hjelp av «eldrebustadsprogrammet» (Meld. St. 24 (2022-2023), s. 4-11). Det kommer klart

frem at det ønskede målet er at flere skal kunne bo hjemme lengre og at denne pasientgruppen vil trenge et fungerende helsetilbud fra kommunen der de bor. Hjemmetjenesten vil være sentral i en slik utvikling da en stor andel av denne gruppen vil ha behov for støtte og bistand fra dem.

Nasjonale retningslinjer beskriver hvordan man skal behandle pasienter eller brukere med demenssykdommer. Her kommer det frem at kommunene bør ha et tverrfaglig team med kompetanse om demens og tilby koordinator dersom pasient har behov for et langvarig og koordinert helse- og omsorgstilbud (Helsedirektoratet, 2017, s. 18). Ettersom en demensdiagnose vil være en langvarig diagnose vil da pasienten falle inn under pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 a som sier følgende:

«Pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.»

Videre i samme lov ser vi at dette skal utarbeides i samarbeid med en koordinator og at brukeren har rett til både medvirkning og informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2021, § 2-5). I kapittel fire i de nasjonale retningslinjene for demensomsorg pekes det på at personsentrert omsorg i demensomsorgen skal foreligge som en rutine for omsorg og behandling av denne brukergruppen (Helsedirektoratet, 2017, s. 16).

Personsentrert demensomsorg er lovpålagt gjennom flere lovverk der brukermedvirkning kommer frem. Dette er lover som pasient- og brukerrettighetsloven, helse- og omsorgstjenesteloven og helsepersonelloven. Helsepersonell har taushetsplikt, er pliktige til å føre journal med rett innhold og informere pasient (Helsepersonelloven, 2021, § 30-34 a). Pasient- og brukerrettighetsloven beskriver retten til medvirkning og informasjon, men denne sier også noe om når pasient ikke har samtykkekompetanse. Det står:

«Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2021, § 2-5).

I lov om helse- og omsorgstjenester finner vi et krav om et helhetlig helsetilbud som er verdig og skal utføres av tjenesteutøver med tilstrekkelig fagkompetanse.

Kommunens plikt til å tilby individuell plan og koordinator kommer også inn i denne loven (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, 4-1). Kommunene er også fra 01.01.2020 forpliktet til å ha dagtilbud for mennesker med demenssykdommer (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, 7-2). På denne måten er personsentrert omsorg innlemmet i flere av Norges lover.

1.2 Tidligere forskning og kunnskapshull

I en av mange eldre artikler kommer det frem at man skal arbeide personsentrert for at personen med en demensdiagnose skal kunne føle seg støttet, verdsatt og sosialt trygg (Martin & Younger, 2001, s. 447-448). Det ble i studien utført en undersøkelse med et opplegg med et personsentrert fokus, men artikkelen avsluttes uten plan for hvordan testgruppen skal fortsette å arbeide personsentrert (Martin & Younger, 2001, s. 447). En nyere artikkel fra 2022 har tatt for seg hvordan man skal kommunisere personsentrert og at dette er et viktig verktøy for å sammenkoble en relasjon mellom pleier og pasient/bruker. Gjennom denne studien er det utformet en personsentrert kommunikasjonsmodell som gir struktur til utførelsen av personsentrert omsorg ovenfor pasienter med langtkommet demens. Prosjektet slår fast at personsentrert omsorg er essensielt for at pasienter med en demensdiagnose skal kunne ta imot hjelp (O'Rourke et al., 2022, s. 18).

I flere artikler kommer det frem et tydelig forsknings- og kunnskapshull. Hedman skriver følgende i sin artikkel: «Det er lite kjent hvordan hjemmesykepleieren forstår og tar i bruk personsentrert omsorg» (Hedman et al., 2022, s. 1521). I en annen Norsk artikkel fra 2023 skriver de at det finnes få studier om personsentrert hjemmesykepleie (Kinsarvik et al., 2023, s. 3). Her ble det også avdekket at det er lite kunnskap om hva hjemmesykepleierne trenger for å arbeide personsentrert, dette til tross for de nasjonale retningslinjene (Kinsarvik et al., 2023, s. 3). Teoribøker som «Geriatrisk sykepleie» (Kirkevold et al., 2020, s. 417) og «Se hvem jeg er!» (Rokstad & Rokstad, 2021, s. 29) setter personsentrert omsorg som den ønskede behandlingsformen innen demensomsorgen. Lite teori og forskning sier noe om hvordan man skal klare dette innen hjemmetjenesten og hva som skal til for å oppnå

dette (Hedman et al., 2022, s. 1519).

1.3 Teoretisk perspektiv

I denne delen av oppgaven vil jeg innledningsvis kort definere de mest sentrale begrepene i oppgaven, før jeg vil gå mer i dybden om demens, personsentrert omsorg og hva som er sykepleierens rolle. Til sammen er målet at dette kan gi et teoretisk perspektiv på oppgavens hovedtema.

1.3.1 Definisjon av sentrale begreper

I denne oppgaven ønsker jeg å ta i bruk begrepene pasient, bruker, eller han/hun for den hjelpetrequende. Siden en sykepleier utfører både helsetjenester og omsorgstjenester, er det naturlig å bruke begge begrepene.

Pasient defineres slik i pasient- og brukerrettighetslovens § 1-3 a: «en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfellet.» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2021, § 1-3a).

Bruker kan defineres ved hjelp av §1-3 f i pasient og brukerrettighetsloven som følgende: En person som anmoder eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp etter bokstav c (handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell) (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2021, § 1-3).

Demens er en samlebetegnelse på ulike hjernesykdommer og -skader som medfører bant annet kognitiv og praktisk svikt (Kirkevold et al., 2022, s. 419). Symptombildet utvikler seg ofte gradvis og påvirker alt fra hukommelse til atferd (Rokstad & Rokstad, 2021, s. 12).

Personsentrert omsorg vil si å ha fokus på mennesket som et unikt og helhetlig individ. Dette vil si at man respekterer at personen kan mest om seg selv og hva som virker for dem, at de har et hverdagsliv og at de er mer enn en diagnose (Kirkevold et

al., 2022, s. 99)

1.3.2 Demens

Samlebetegnelsen *demens* omfatter flere forskjellige hjernesykdommer, men deles i utgangspunktet opp i tre hovedgrupper. Disse hovedgruppene er primærdegenerative sykdommer, vaskulær demens og sekundære demenssykdommer (Kirkevold et al., 2022, s. 219). Navnene på gruppene kommer av hvordan og hvor sykdommen oppstår og hvordan den påvirker hjernen (Kirkevold et al., 2022, s. 219).

En kjent diagnose som *Alzheimers sykdom* hører til gruppen primærdegenerativ sykdom da den gradvis ødelegger nervecellene i hjernen og utvikler seg over tid (Kirkevold et al., 2022, s. 219). På den andre siden har vi vaskulær demens som oppstår plutselig og like plutselig kan forverre seg (Kirkevold et al., 2022, s. 220). Dette skyldes at sykdommen kommer av hjerneinfarkter og sykdommer i arterioler i det dype hjernevevet. Den siste hovedgruppen er en følgediagnose til andre sykdomsdiagnoser som andre hjerneskader, rusmisbruk, mangelsykdommer og mer. Demens kan også være en av disse primærdiagnosene, men også en sekundær (Kirkevold et al., 2022, s. 221). Det vil si at enkelte brukere kan ha en kombinasjon av både primærdegenerativ sykdom og vaskulær demens (Kirkevold et al., 2022, s. 418-435).

Til tross for at det finnes flere typer demens har symptomene som oppstår flere likhetstrekk. Disse kan vi dele opp i kognitive symptomer, nevropsykiske symptomer og praktiske symptomer (Rokstad & Rokstad, 2021, s. 12-13). Kognitive symptomer kan være sviktende hukommelse og læringsevne, agnosi, vansker med å orientere seg og nedsatt oppmerksomhet (Rokstad & Rokstad, 2021, s. 12-13). De nevropsykiske symptomene kan være psykotiske symptomer, påvirkning av stemningsleie, angst, apati, og agitasjon (Kirkevold et al., 2022, s. 422-423). Disse symptomene kan påvirke pasientens livskvalitet i større grad enn andre symptomer da de gir utfordringer med relasjoner til mennesker rundt dem. Den siste hovedgruppen med symptomer er av praktiske art. Disse kan dreie seg om handlingssvikt, tregere gange, nedsatt bevegelse og gjennomføring av dagliglivets

aktiviteter (ADL) (Rokstad & Rokstad, 2021, s. 12-13). Alle symptomene kombinert gjør det vanskelig å kunne leve et selvstendig liv (Rokstad & Rokstad, 2021, s. 12).

I behandlingen av en pasient med demens skal man forsøke å dekke brukerens psykososiale og fysiologiske behov. Denne brukergruppens fysiologiske behov vil være særlig knyttet basal hygiene og ernæring, men også smerter og munnhelse. Mye av dette blir ofte glemt dersom man fokuserer på å dekke pasientens psykososiale behov ved hjelp av personsentrert omsorg (Kirkevold et al., 2022, s. 434-435).

1.3.3 Personsentrert omsorg

En tidlig versjon av personsentrert omsorg ble introdusert av Tom Kitwood i 1997, som spesielt trakk metoden inn i demensomsorgen (Brendan McCormack, 2016, s. 17). For å arbeide personsentrert trengte man en forståelse av begrepet *personsentrerthet* som ble forklart som følger: «en type status som er betrodd en person av andre, i sammenheng med et forhold i en sosial situasjon. Dette innebærer erkjennelse, respekt og tillit» (Brendan McCormack, 2016, s. 17). Denne definisjonen har fått kritikk ettersom den avhenger av et forhold mellom mennesker og ikke setter personen alene. Dette har blitt forsvart med at menneskers personlighet ikke finnes i isolasjon og på den måten avhenger av relasjoner. I senere tid har forståelsen av personsentrerthet blitt kjent som annerkjennelse av «å være» (Brendan McCormack, 2016, s. 17). Personsentrert omsorg krever altså oppmerksomhet rundt å være en person, hva som har skapt denne personen og deres personlighet (Brendan McCormack, 2016, s. 17).

Personsentret demensomsorg bygger videre på grunnlaget om identitet, sosial inkludering, trøst, bekreftelse, kjærlighet og tilknytning menneske (Kirkevold et al., 2022, s. 434). Dette er det grunnleggende i det psykososiale behovet til et menneske (Kirkevold et al., 2022, s. 434). Dette kan skapes gjennom personsentrert omsorg ved å legge til rette for at pasient er et menneske og ikke en diagnose.

For å arbeide personsentrert krever det et terapeutisk forhold mellom pleieren på den ene siden og , pasient og deres nærmeste på den andre siden (McCormack et al., 2021, s. 25). Dette starter ved første møte med pasient og pårørende. Da er det

viktig å normalisere situasjonen og skape et godt forhold til pårørende. Med å normalisere mener vi å ha en overordnet tanke om at dagliglivet skal fungere som normalt. For at dette skal være mulig må man gjerne hente supplerende informasjon om preferanser og rutiner fra pårørende da pasienten kan i varierende grad være påvirket av sykdommen (Birkeland & Flovik, 2018, s. 161).

Det finnes forskjellige verktøy for å trekke personsentrert omsorg inn i demensomsorgen for eksempel VIPS, Marte Meo og Dementia care mapping (DCM) (Kirkevold et al., 2022, s. 433). VIPS er et rammeverk bygget på Kitwoods teorier som setter personsentrert omsorg ut i praksis. Dette er i utgangspunktet utviklet for sykehjem og hjemmetjeneste hvor hver bokstav bygger på en verdi eller begrep. V-en står for verdigrunnlag, i forindividuell tilnærming, p for perspektiv til pasienten og s for det sosiale miljøet (Kirkevold et al., 2022, s. 433). Et annet verktøy kan være «min livshistorie», som er en intervjuguide for innhenting av informasjon om pasienten gjennom en samtale. Den tar for seg tre hovedtemaer; hva pasienten liker å gjøre, hvem vedkommende er og hvem som er rundt dem. Det finnes forskjellige varianter av guiden og varierer fra pleier til pleier hva som gjøres med informasjonen i ettertid (Rokstad & Rokstad, 2021, s. 87).

1.2.3 Sykepleiers rolle

I samarbeid med pasienten med demens vil en sykepleiers rolle være å drive prosessen med personsentrert omsorg og inkorporere dette i arbeidet for å ivareta pasienten psykososiale og fysiologiske behov (Birkeland & Flovik, 2018, s. 162). I tillegg til dette vil observasjoner og dokumentasjon av sykdommens utvikling være sentral for kontinuerlig tilrettelegging av pasientens behov (Birkeland & Flovik, 2018, s. 162). Kommunikasjon er sentralt i dette og i møtet med pasienter med demens er det enkelte ting man skal tenke litt ekstra på. Man skal sette av og bruke nødvendig tid, ha øyekontakt, snakke tydelig og langsomt, bruke enkelt ordforråd og korte setninger (Birkeland & Flovik, 2018, s. 162). I tillegg bør man fokusere på dagsaktuelle temaer, vise respekt, høflighet, medmenneskelighet og opprettholde en positiv atmosfære (Birkeland & Flovik, 2018, s. 162). Det er også viktig å ta pasientens tilstand i betraktning, særlig hva vedkommende er i stand til og når på

døgnet enkelte gjøremål er mest gunstig å gjennomføre (Birkeland & Flovik, 2018, s. 162).

1.4 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å utforske hva som skal til for å kunne ha en personsentrert tilnærming til en pasient/bruker med demens. Med dette menes å undersøke hva forskningen sier om hvilke tiltak som bør iverksettes for å kunne arbeide personsentrert med pasient/brukere i hjemmetjenesten som har en demensdiagnose, samt hvordan disse fungerer eller ikke fungerer.

1.5 Problemstilling

Problemstillingen for denne oppgaven er utarbeidet ved hjelp av PICO-skjemaet (se vedlegg 1.3) og videreutviklet i samarbeid med veileder. Gjennom arbeidet med oppgaven har den endret og videreutviklet seg. Problemstillingen går som følger:

«Hva skal til for at en sykepleier i hjemmetjenesten skal kunne arbeide personsentrert med pasienter/brukere med demens.»

1.5.1 Avgrensninger

Denne problemstillingen tar for seg ansatte i hjemmetjenesten og pasienter/brukere som bor i eget hjem. Oppgaven avgrenses ved å fokusere på aldersgruppen 65 og høyere som har en demensdiagnose eller en type kognitiv svikt i sammenheng med alderdom. Pasient/bruker må ha behov for personrettet hjelp/bistand fra hjemmetjenesten og oppgaven rettes mot helsepersonell som har direkte kontakt med pasient/bruker i en pleiesituasjon og der personsentrert omsorg brukes aktivt.

2 Metode

I dette kapitlet presenteres litteraturstudie som den anvendte metode for oppgaven. Videre beskrives søkeprosessen, kvalitetsvurdering og de etiske vurderingene som jeg har gjort gjennom oppgaven.

2.1 Begrunnelse for valg av metode

Ved å bruke litteraturstudie som metode, bygger man videre på allerede utført forskning. En litteraturstudie bygger på skriftlige kilder, men erfaringer fra jobb og praksis er også en viktig kilde til kunnskap (Dalland, 2017b, s. 223). En litteraturstudie er en hensiktsmessig metode for en bacheloroppgave da man har begrenset tidsramme.

Årsak til tema og problemstilling for oppgaven er basert på egne erfaringer fra både jobb og praksis, men også kunnskap fra fag. Deler av oppgaven bygger derfor på en kombinasjon av den problemløsende metode, sykepleieprosessen og kunnskapsbasert praksis. Disse er beslektede arbeidsprosesser der man kombinerer erfaringer med teori for å finne de beste svarene. Ingen av prosessene gir endelige svar ettersom vurdering og revurdering er en del av prosessen, det alltid er rom for forbedring (Kristoffersen, 2016).

For å besvare min problemstilling er jeg ute etter studier som ser på personers oppfatning av hva og hvordan deres diagnose blir behandlet og hvordan ansatte opplever å arbeide med personsentrert omsorg. Dette er studier som ikke gir målbare resultater, og jeg var derfor først og fremst ute etter kvalitative studier. En kvalitativ studie går i dybden av en problemstilling og formidler en forståelse av denne. En kvantitativ studie er ikke like direkte som den kvalitative, den går i bredden på problemområdet og ser på flest mulig gjenspeilinger av fenomenet og ikke gjengivelser av det (Dalland, 2017b, s. 112-113).

2.2 Søkeprosessen

Gjennomføring av den systematiske søkeprosessen for oppgaven har blitt gjort

gjennom seks spesifikke trinn i tråd med Thidemanns metode for å utføre systematiske litteratursøk (Thidemann & Thidemann, 2019). Metoden er iterativ og søker å finne og vurdere relevant vitenskapelig litteratur (Thidemann & Thidemann, 2019, s. 82-89).

2.2.1 Trinn 1

Første trinn i Thidemanns metode (Thidemann & Thidemann, 2019, s. 82-83) innebærer å operasjonalisere problemstillingen slik at man får frem søkbare ord. Jeg utformet en PICO-modell, der PICO står for **P**atient/problem, **I**ntervention, **C**omparison og **O**utcome (Thidemann & Thidemann, 2019, s. 82-84) for å identifisere de aktuelle søkeordene og for å bestemme inklusjon- og eksklusjonskriterier (se vedlegg 1).

Selv om jeg i utgangspunktet ønsket kvalitative artikler, inkluderte jeg også kvantitative studier for å ha størst mulig bredde i søket. Det ble brukt søkeord på norsk og engelsk, som dermed ekskluderer artikler på andre språk.

Artikler med innhold som angikk demens og kognitiv svikt uansett stadium ble sett på som relevante. For å svare på problemstillingen var det ønskelig med artikler som omtalte hvordan personalet arbeidet personsentrert og hvordan dette fungerte. Både kvinner og menn ble inkludert ettersom demens kan ramme begge kjønn og behandling vil være tilnærmet lik. Artikler som ikke inneholdt personsentrert omsorg, men omtalte diagnosen ble ekskludert på grunnlag av manglende relevans. Artikler eldre enn 2013 ble ekskludert som funn. Artikler med fokus på pasienter inneliggende på sykehus uansett avdeling bar ikke relevans for denne oppgaven. Derimot ble artikler innenfor kommunehelsetjenesten inkludert, det vil si både hjemmetjenesten og sykehjem, dette fordi brukeren da er i sine faste omgivelser.

2.2.2 Trinn 2

Her velges databasene for søket (Thidemann & Thidemann, 2019, s. 84-85). Jeg valgte å fokusere på idunn.no for å få tak i norske artikler. Jeg ønsket også å få tak i studier fra flere land og brukte derfor også Cinahl og Pubmed som begge er

databaser som dekker referanser til engelskspråklig litteratur som omhandler sykepleie og tilgrensende fagområder.

2.2.3 Trinn 3 og 4

I dette punktet brukte jeg PICO-modellen (se vedlegg 1) og valgte ut følgende søkeord på både norsk og engelsk (Thidemann & Thidemann, 2019, s. 85-86), som vist under.

Norsk	Engelsk
<ul style="list-style-type: none">- Demens- Personsentrert omsorg- Hjemmetjeneste- Kvalitet- Demensteam- Kognitiv svikt- Hjemmeboende bruker	<ul style="list-style-type: none">- Dementia- Person-centered care- Home nursing- Quality

Deretter ble søkene gjennomført i forskjellige kombinasjoner med AND, OR og NOT, der AND var mest relevant. Et eksempel følger: «Dementia AND person-centered care».

2.2.5 Trinn 5

I dette trinnet gjenopptok jeg problemstillingen opp til flere ganger for å snevre inn søket mitt (Thidemann & Thidemann, 2019, s. 88). Problemstillingen begynte med:

«Hvordan kan personsentrert omsorg øke livskvaliteten til den hjemmeboende brukeren med demens».

Til slutt etter gjennomgang av artikler og funn jeg gjorde kom jeg da frem til den nåværende problemstillingen.

2.2.6 Trinn 6

Her ble søkene og søkeordene satt sammen i en tabell (Thidemann & Thidemann, 2019, s. 89-90), (se vedlegg 4 for hele tabellen).

Søkedato	Søk nummer	Søkeord og kombinasjon	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler, blå ble inkludert i oppgaven, men ikke som funn, rød skrft ble ikke inkludert
16/11-23 ldunn	1	Demens	Forskningsartikkel 2013-2023	4553	3	1	Persontret demensomsorg i hjemmesykepleien-ivaretaking av person verd til pasienter og de ansatte

2.3 Metodekritikk

Det er både fordeler og ulemper med å bruke litteraturstudiet som metode. En fordel er at metoden passer innenfor rammene av en bachelor oppgave som er begrenset av både tid og lengde. En litteraturstudie nyttiggjør seg av allerede produsert forskning som dermed gir lettere og raskere tilgang til data fra andre og ferdige studier. En intervjustudie der man innhenter data selv, er mer tidkrevende, selv om man da kan spisse spørsmålene slik man ønsker. I denne oppgaven kunne søkene være mer spesifikke, men ettersom det finnes mange studier innenfor tema ga likevel søket resultat. Det er mulig at bedre egnede artikler hadde kommet frem med et bedre gjennomført søk.

2.4 Kvalitetsvurdering av artikler

Artiklene i denne oppgaven har blitt kvalitetsvurdert ved hjelp av en fem trinns iterativ metode, der det første trinnet går ut på å lete lese gjennom artiklene og kontrollere om de har relevans for oppgaven (Thidemann & Thidemann, 2019, s. 90). I min prosess startet jeg med åtte artikler som omhandlet mitt tema og gjennom dette trinnet kunne jeg stryke fire av dem på grunn av manglende relevans. Trinn to går ut på å lese hele artikkelen grundig og samtidig lete etter funn og stille forskningsspørsmål som hører til i trinn fire (Thidemann & Thidemann, 2019, s. 91-

92). I ettertid av gjennomlesing har jeg fulgt ut en sjekklister som er en del av trinn tre (Thidemann & Thidemann, 2019, s. 91-92) og er utformet for denne oppgaven (se vedlegg 2). Alt av informasjon samlet i en litteratormatrise som er trinn fem i metoden (Thidemann & Thidemann, 2019, s. 90-95), se vedlegg 4.

2.5 Etiske vurderinger

Det er viktig å ta etiske hensyn ved all forskning. Det er foretatt en etisk vurdering av artiklene som er inkludert i denne studien. Jeg har vurdert metode og om en komite har vurdert studiene. Det er kontrollert at studiene har hatt en plan for hvordan deres intervjuobjekter har blitt behandlet, samtykke til deltakelse og at det henvises til kilder på oversiktlig måte (Dalland, 2017a, s. 109). Litteratormatrisen viser hvilke vurderinger som kommer fram fra de enkelte artiklene (vedlegg 4).

3 Analyse

Gjennom denne oppgaven har jeg valgt utføre en tematisering for å sortere funnene fra studiene (Dalland, 2017a, s. 180-183). En tematisering er en trinnvis prosess som svarer ut problemstillingens spørsmål til data (Dalland, 2017a, s. 180-183). Jeg har i denne prosessen latt meg inspirere av Evans artikkel «Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data» der han presenterer følgende fire faser i prosessen:

- 1) Innsamling av primærstudier
- 2) Identifisere nøkkelfunn i hver studie
- 3) Samle felles funn for å utvikle en beskrivelse
- 4) Bestemme hvordan funnene relaterer seg i forhold til andre studier (Evans, 2002).

For å gjøre seg godt kjent med data og kunne identifisere nøkkelfunn, må artiklene leses nøye noe som allerede var gjort ved kvalitetsvurderingen av artiklene. Videre har jeg benyttet merking/koding av teksten i temaer med likt innhold slik at innholdet

på en enkel måte kunne sorteres i felles funn under egne overskrifter. I prosessen frem til ferdige hovedtemaer, ble alternativer vurdert sammen med undertemaer som vist i tabellen under.

Til slutt stod jeg igjen med fire hovedtemaer med følgende overskrifter: kartlegging av pasientens helhetlige behov, sykepleier–pasient/bruker relasjonen, å ha kunnskap om demens som en kompleks og sammensatt lidelse og tilrettelagt arbeidsforhold.

Resultatet av analysen vises i tabell, se vedlegg 5. Det ble utarbeidet fargekoder for hovedtemaer som data deretter ble sortert etter. Følgende fargekoder/temaer ble brukt:

Farge	Hovedtema	Undertema
Rød	Kartlegging av pasientens helhetlige behov	<ul style="list-style-type: none">- Brukerens liv før og nå- Fysisk behov- Psykisk behov- Oppstarts samtale
Gul	Sykepleier–pasient/bruker relasjonen	<ul style="list-style-type: none">- Personlighet- Identitet- Skape gjenkjennelighet
Grønn	Å ha kunnskap om demens som en kompleks og sammensatt lidelse	<ul style="list-style-type: none">- Kunnskapsnivå- Felles tankegang
Blå	Tilrettelagt arbeidsforhold	<ul style="list-style-type: none">- Hjemmet som arena- Tidspress

4 Resultater

I dette kapittelet presenteres resultatet tematisert under fire hovedoverskrifter. Innledningsvis gis en presentasjon av de inkluderte studienes hovedfunn.

4.1 Kort om artiklene

Personsentret demensomsorg i hjemmesykepleien- ivaretaking av person verd til pasienter og de ansatte.

Artikkelen tar opp spørsmål rundt hvordan og om det arbeides personsentrert i demensomsorgen i hjemmetjenestesoner i to forskjellige kommuner i Norge. Her kommer de frem til et todelt svar basert på intervjuer med de ansatte (Kinsarvik et al., 2023, s. 6). Det todelte svaret som kom ut av dette var et organisatorisk funn som gikk på tid og kunnskap blant personalet, mens den andre siden av svaret gikk på relasjonen mellom pleier og bruker (Kinsarvik et al., 2023, s. 6).

I hope that people caring about me know about me, exploring person-centered care and quality of dementia care.

Dette er en artikkel som har brukt intervjuer for å måle kvaliteten på omsorgen en pasient med demens får (Franco et al., 2022, s. 336). Hovedfunnet dette prosjektet var at personsentrert omsorg var den beste formen for behandling av pasienter med demens, men også at inkludering av pasient og pårørende var essensielt (Franco et al., 2022, s. 338) Det kom også frem at kvalitet på pleie lett kan kontrolleres ved å kommunisere med pasient og pårørende, og at dette burde kontrolleres jevnlig (Franco et al., 2022, s. 339).

Enacting person-centered care in homecare services for people with dementia.

Artikkel har brukt intervjuer for å innhente informasjon om pleie til pasienter med demens (Hedman et al., 2022, s. 1521). Ut ifra dette er det laget mal for å inkorporere personsentrert omsorg i en rutine for tiltak som skal gjøres, der det viktigste pleierne kunne gjøre var å starte og å restarte gjenkjennelighet for å komme i posisjon for å utføre tiltak (Hedman et al., 2022, s. 1522).

Care and Service at Home for Persons with Dementia in Europe.

Dette er en artikkel som har hentet funnene sine fra et større prosjekt med åtte deltakende land fra Europa (Bökberg et al., 2015, s. 407). Hovedfunnet deres var at tilgjengelighet og fleksibilitet i tilbud til personer med demens er viktigere enn antall tilbud (Bökberg et al., 2015, s. 413). Et av funnene setter personsentrert omsorg som nødvendig da personer med demens er en heterogen gruppe (Bökberg et al., 2015, s. 413).

4.2 Systematiserte funn etter tema

I tabellen under presenteres funn fra artiklene tematisert i fire temaområder:

Tema	Sitat fra artikler
Kartlegging av pasientens helhetlige behov	<p>«Hjemmet var en viktig del av identiteten og personsentrert omsorg trenger å være hjemme sentrert» (Kinsarvik et al., 2023, s. 10).</p> <p>«Hjemmet som arena ga tilgang til livshistorie gjennom gjenstander og bilder» (Kinsarvik et al., 2023, s. 7).</p> <p>«Han er ikke sykdommen, han er fremdeles den personen han var før» (Franco et al., 2022, s. 338).</p> <p>«Jeg hadde likt å forstå hva som skal skje før vi setter i gang med noe nytt» (Franco et al., 2022, s. 340).</p> <p>«Kunnskap om personen, deres vaner, bekymringer og hvordan de ønsket ting tilrettelagt påvirket denne prosessen, det ble forstyrret om brukeren ikke følte seg komfortabel med å være alene» (Hedman et al., 2022, s. 1526).</p> <p>«Dessuten, behandling og servise basert på symptomer og funksjonsvurdering er ikke alltid samsvarende med hva et individ</p>

	faktisk trenger av hjelp» (Bökberg et al., 2015, s. 412).
Sykepleier– pasient/bruker relasjonen	<p>«Det var meningsfullt for pleier og pasient å fortelle fra livet. Bruk av livshistorie kunne snu utageringssituasjoner og gjorde det lettere å unngå tvang» (Kinsarvik et al., 2023, s. 6).</p> <p>«en god relasjon og tillitt var viktig både for at personen med demens skulle akseptere den nødvendige hjemmesykepleien, og for at personale skulle ha hode til å gi kvalitetspleie» (Kinsarvik et al., 2023, s. 10).</p> <p>«identitetsskapende handlinger bygde tillitt mellom pasient og pleier» (Kinsarvik et al., 2023, s. 7)</p> <p>«Deltakerne var alle enige om at personsentrert omsorg skulle til for å utøve demensomsorg med høy kvalitet» (Franco et al., 2022, s. 339).</p> <p>«Jeg tror trikset er å møte pasienten tidlig nok når vedkommende fremdeles kan utrykke seg selv og fortelle legen dette» (Franco et al., 2022, s. 339).</p> <p>«Jeg håper at de som tar vare på meg kjenner til meg» (Franco et al., 2022, s. 339).</p> <p>«Personsentrert hjemmeomsorg for mennesker med demens var oppfattet som en serie av prosesser og subprosesser, krysset av en kjerneprosess: starte og restarte gjenkjennelighet.» (Hedman et al., 2022, s. 1528).</p> <p>«Det var vanlig at brukeren ikke ønsket å motta behandling, med mindre de hadde et personlig forhold til pleierens» (Hedman et al., 2022, s. 1528).</p> <p>«Jeg hadde likt å forstå hva som skal skje før vi setter i gang med noe nytt» (Franco et al., 2022, s. 340).</p>

<p>Å ha kunnskap om demens som en kompleks og sammensatt lidelse</p>	<p>«Noen hadde vært på demenskurs og hadde fått en ny forståelse av kompleksiteten til pasientgruppen» (Kinsarvik et al., 2023, s. 8).</p> <p>«Sykepleierne opplevde en manglende felles tankegang om demensomsorgen» (Kinsarvik et al., 2023, s. 9).</p> <p>«Flere var usikre på hva de skulle gjøre i ulike situasjoner» (Kinsarvik et al., 2023, s. 11).</p> <p>«Etisk drøfting burde være basert på en forståelse av demens som en hjeneskade, men at personen med demens forble den samme og har derfor samme rettigheter som andre, og adekvat behandling kan støtte vedkommende til å opprettholde en god livskvalitet» (Hedman et al., 2022, s. 1527).</p> <p>«Det mest brukte tilbudet gjennom alle stegene i sykdommen var hjemmesykepleie» (Bökberg et al., 2015, s. 409).</p> <p>«Personer med demens er en heterogen gruppe og det er ikke bare behov for økt tilgjengelighet som er nødvendig, men personsentrert omsorg som omfavner mangfold, fleksibilitet, forskjellige valg og støttesystemer er også nødvendig» (Bökberg et al., 2015, s. 413).</p>
<p>Tilrettelagte arbeidsforhold</p>	<p>«Det å være mange timer alene bekymret sykepleieren med tanke på pasienttryggheten» (Kinsarvik et al., 2023, s. 6).</p> <p>«Når ønsker og behov fra pasienten ikke passet kunne pasienten kjenne seg mindre medbestemmende» (Kinsarvik et al., 2023, s. 12).</p> <p>«Uansett, deltakeren mente at det var viktig å måle kvaliteten av behandlingen og foreslo intervjuer for å måle dette: snakk med dem. Det er veldig lett og basalt (hvordan måle kvaliteten på demensomsorgen)» (Franco et al., 2022, s. 342).</p>

	<p>«De ansatte beskrev at de hadde utviklet en evne til å være effektive og trege på samme tid» (Hedman et al., 2022, s. 1525).</p> <p>«Å dele opp oppgaver i små gleder ... å begynne med noe som ikke krevde mye, gjorde det lettere å ta tak på det større rett etter» (Hedman et al., 2022, s. 1525).</p> <p>«Begrenset tid ga mindre muligheter for brukeren til å ombestemme seg» (Hedman et al., 2022, s. 1525).</p> <p>«spesialisert demensomsorg og behandling var ikke vanlig å bruke i noen av landene» (Bökberg et al., 2015, s. 412).</p>
--	--

5 Diskusjon

I innledningen nevnes en eldre dame med en form for demens eller kognitiv svikt. Det fremstår som essensielt å trigge gamle minner for å komme i kontakt med damen (Unkeich, 2017, 1:29:07-1:32:53). Dette er for å kunne kommunisere med vedkommende, trigge handlinger og kunne samarbeide. Dette er en form for behandling der pasientens/brukers liv før diagnosen kommer i fokus, noe som er nødvendig da korttidshukommelsen ofte svekkes i løpet sykdomsforløpet (Birkeland & Flovik, 2018, s. 158-159). Som resultatene over viser, fremstår fire hovedtemaer som viktige for å kunne arbeide personsentrert, i det følgende vil jeg drøfte disse.

5.1 Kartlegging av pasientens helhetlige behov

For hjemmetjenesten er det viktig å kjenne til pasient/bruker som har behov for hjelp, for å vite hvordan man skal komme i posisjon til å få kontakt med vedkommende (Hedman et al., 2022, s. 1526). Dette kan dreie seg om informasjon som preferanser, mål og ønsker for fremtiden, tidligere og nåværende liv og annet. Informasjonen bør hentes inn ved oppstart av tjenesten, men hentes også inn kontinuerlig etter hvert som man får bedre kjennskap til pasienten (Birkeland & Flovik, 2018, s. 162-163). Det er en lang liste som er nevnt over og for noen kan det virke som mye informasjon

å gi ut til helsepersonell, men dette vil være til god hjelp for å kunne arbeide personsentrert. Vi har ikke bare behov for å kjenne til at pasienten trenger hjelp til ivaretagelse av hygiene, men også hvordan vedkommende skal få denne hjelpen. Dersom man kan gjøre en kartlegging av både mennesket og diagnosens påvirkning vil man kunne gi helsehjelp som er basert på individets behov og ikke bare de synlige symptomene (Bökberg et al., 2015, s. 412). Dette og eventuell diagnostisering bør skje så tidlig som mulig ved oppstart av tjenester for å møte pasienten mens de kan uttrykke flest ønsker og behov selv (Franco et al., 2022, s. 339).

Ved oppstart av hjemmetjeneste bør det tidlig avtales et møte med pasient og pårørende. Her har man mulighet til å hente inn den nødvendige informasjonen, avklare hjelpebehov, starte å bygge et samarbeid mellom tjenesten, pasient/bruker og pårørende og synfare hjem for behov for eventuelle hjelpemidler (Birkeland & Flovik, 2018, s. 161). I slike samtaler der det er kjent at pasienten har en demensdiagnose skal man ta ekstra hensyn til at tidspunktet passer for dem, at spørsmål som blir stilt er tydelige og at man gir pasienten god tid til å svare. Det er viktig å huske at selv med diagnose og påvirkning av symptomer vil deres ønsker ha stor verdi (Franco et al., 2022, s. 340). Man må derfor tilrettelegge for at pasienten skal ha mulighet og kapasitet til å delta. Dersom møtet blir for lang vil det være aktuelt å avtale et nytt møte og avslutte møtene innenfor pasienten toleransevidu (Birkeland & Flovik, 2018, s. 162-163). Gjennom møtet vil det være aktuelt å introdusere «min livshistorie» og gi tilstrekkelig informasjon angående hvordan dette kan være et hjelpemiddel for fremtiden og for å hjelpe pasient/bruker (Rokstad & Rokstad, 2021, s. 87).

«Min livshistorie» kan gjennomføres på forskjellige måter, men skal være et verktøy til å enkelt finne viktig informasjon om pasienten. Som presentert i funn er det uttrykt at pasienten hadde et liv før sykdommen (Franco et al., 2022, s. 338) og derfor vil ha en «bagasje» som kan gi sykepleiere forklaring på hvorfor vedkommende utfører forskjellige handlinger slik de gjør. Hva som er viktig for pasient/bruker, kan pårørende hjelpe med å sette ord på dersom pasient og pårørende har et nært forhold. Her kan det også avklares hva som er viktig i et pleieforhold og hva som er viktig for å vurdere pasient/brukers status. Det vil si hvilken informasjon som må være tilgjengelig og viktig at alle som skal bistå pasienten kjenner til og hva som må være tilgjengelig en kjent plass.

Informasjon som skal være lett tilgjengelig, bør fortelle noe om tiltak som skal utføres, men også hvordan vedkommende ønsker dette. Derfor er det viktig å sette seg inn i hva som utgjør pasientens personlighet og hvordan denne er formet (McCormack et al., 2021, s. 7). Mye av dette kan være vanskelig å ha i en journal, men kommer fra hjemmet gjennom bilder og gjenstander (Hedman et al., 2022, s. 1523-1524). Hvor mye pasient/bruker selv kjenner til dette er vanskelig med tanke på hvor langt sykdommen har utviklet seg, men vil ha stor betydning for samarbeid mellom pleier og pasient/bruker (Rokstad & Rokstad, 2021, s. 33). Pasient/bruker kan kjenne på å miste seg selv og vil da ha nytte av reminisens (minnearbeid) som gjøres gjennom tiltakene (Rokstad & Rokstad, 2021, s. 15).

Det er kjent at enkelte pasienter med demens kan ha psykotiske symptomer som hallusinasjoner basert på minner (Kirkevold et al., 2020, s. 423). I slike situasjoner er det viktig å ha en ide om hva pasienten gjensker for å kunne hente dem tilbake. Med dette mener jeg å kunne gi pasienten tilbake litt av hva som skjedde i den gitte hendelsen dersom vedkommende ikke kommer videre i hendelsen. Å ha mulighet til dette kan gi pleierne en meningsfull rolle i deres hverdag (Kinsarvik et al., 2023, s. 6).

Vi har nå sett hvorfor vi har nytte av ekstra kunnskap om pasienten som har en demens og hvordan vi skal hente inn denne informasjonen. Nå skal vi se hvordan dette kan være positivt for å danne en god relasjon til pasienten.

5.2 Sykepleier–pasient/bruker relasjonen

Relasjonsbygging mellom pasient/bruker og pleier starter allerede ved første møte og det er derfor viktig å ha fokus på å vise respekt og bygge tillit fra første stund (Birkeland & Flovik, 2018, s. 161-162). Alle tiltak som skal gjennomføres skal skje i samarbeid og derfor er informasjon noe som går begge veier. Pasient/bruker skal vite hva som skal skje og ha mulighet til å forstå dette (Franco et al., 2022, s. 340). I kommunikasjon med pasienter med kognitiv svikt er det ekstra viktig å ta seg god tid, snakke i enkle setninger, ta ett tema eller tiltak av gangen og holde seg rolig (Birkeland & Flovik, 2018, s. 162). Ut ifra egen erfaring er det tilfeller der dette overdrives og talemåten kan da oppfattes som krenkende, noe som kan være destruktivt for relasjonen.

Når man skal danne en relasjon med en pasient/bruker med demens, møter man en pasient som gjerne opplever å miste sin egen personlighet. Dette setter pasienten i fare for å utvikle en depresjonslidelse ettersom tapet kan utløse en opplevelse av sorg (Rokstad & Rokstad, 2021, s. 13-14). Personsentrert omsorg setter personen og deres identitet framfor deres diagnoser og kan være med på å gi pasienten opplevelsen av identitet tilbake (Rokstad & Rokstad, 2021, s. 13-14). Ved å ta i bruk kunnskap om pasientens historie under daglige gjøremål er man med på å vedlikeholde pasientens preferanser som er basert på deres erfaringer gjennom livet (Hedman et al., 2022, s. 1523). Personligheten er et prosjekt vi mennesker arbeider med gjennom hele livet, å blomstre som menneske, forteller noe om hvordan personligheten utvikler seg. Når vi arbeider med et personsentrert fokus kan vi være med på å la pasient/bruker fortsette å ivareta «blomstringen», selv med en diagnose (McCormack et al., 2021, s. 42-43).

Pasient/bruker kan oppleve det som trygt å høre at pleieren kjenner til hvem de er, selv om ikke alle minner er gode. Derfor er det viktig å kontinuerlig dokumentere hvordan pasienten reagerer på forskjellige minner og eventuelle endringer underveis i forløpet (Hedman et al., 2022, s. 1526-1527). De forskjellige typene demensdiagnoser utvikler seg forskjellig (Kirkevold et al., 2020, s. 417-420), og ved god dokumentasjon vil man også enklere og raskere kunne møte pasientens stadig endrede behov (Bökberg et al., 2015, s. 412). På denne måten kan man tilstrebe å beholde et godt pasient/bruker-pleier forhold og møte pasientens psykososiale behov, både for pleieren som kommer til pasienten, men også til den neste pleieren (Hedman et al., 2022, s. 1526-1527). Dette skjer ved at man møter pasientens fysiske behov før det påvirker pasientens psykososiale opplevelse av det å ha en sykdom (Kirkevold et al., 2020, s. 434-436).

Når man har blitt kjent med pasient/bruker har man kunnet etablere enkelte holdepunkter som kan være med på å skape gjenkjennelighet (Hedman et al., 2022, s. 1524). Dette er viktig for å kunne komme i posisjon til å hjelpe pasienten med dagens gjøremål. Pasienter med en demensdiagnose kan ha dager der mye er ukjent for dem og den hjemmeboende sier ifra seg hjelp (Kinsarvik et al., 2023, s. 7). I disse tilfellene kan man ta opp fortellinger pasienten og pleieren har delt og eventuelle hendelser de har opplevd sammen. Dette kan fortelle pasienten at dersom vedkomme ikke akkurat husker pleieren så er likevel historiene kjente og på denne

måten ikke noe pasienten behøver å være redd for (Hedman et al., 2022, s. 1524). Å gjennomføre denne prosessen er også med på å styrke et samarbeid i tiltakene som gjennomføres da gjenkjennelighet også fører til en type tillit (Rokstad & Rokstad, 2021, s. 53). Etter egen erfaring er det også viktig å være villig til å dele informasjon om seg selv også. I enkelte tilfeller kan dette også være med på å skape gjenkjennbare holdepunkter, men ikke alltid. I tilfelle der det ikke påvirker relasjonen kan det likevel være et høydepunkt for pasienten å høre om noe nytt. I praksis har jeg møtt spesielt en pasient som var langt inne i sykdomsforløpet med en type demens. Pasienten hadde en rutine som fungerte ved at pasienten kun hadde tilsyn som behov, men lyste opp ved hvert besøk. Jeg som pleier fikk de samme spørsmålene hver dag og pasient/bruker hadde en lek med seg selv for å prøve å huske meg hver dag. Dette var tydelig en positiv og gjenkjennelig situasjon for pasienten selv om hintene jeg ga var de samme hver dag.

Til nå har vi sett hvordan vi skal tilegne oss mer informasjon om pasienten og hvorfor dette er viktig for relasjonen mellom pasient og pleier. Vi har sett hvordan en sykepleier kan ha en positiv effekt på en pasients personlighet og deres opplevelse av å være kronisk syk. Nå skal vi se på hvordan man skal ha kunnskap om denne pasient/bruker gruppen.

5.3 Å ha kunnskap om demens som en kompleks og sammensatt lidelse

Fra funnene i de presenterte artiklene understrekes viktigheten av å ha kunnskap om pasientgruppen med utfordringer knyttet til demens og kognitiv svikt (Kinsarvik et al., 2023, s. 6). Det som også kommer frem er at det er mangler en felles tankegang om hva demens er (Hedman et al., 2022, s. 1527), samt store forskjeller på pleiernes fagkunnskaper (Kinsarvik et al., 2023, s. 8).

Manglende kunnskaper tyder på et behov for å øke pleieres kunnskap om demens. Her vil det da være viktig å forklare symptomer og årsaker for sykdom for å skape en felles forståelse hvordan man skal behandle denne pasientgruppen. En sykepleier har et lovpålagt ansvar om å holde seg faglig oppdatert for å kunne gi riktig behandling (Helsepersonelloven, 2021, § 56). Som det kommer fram fra Francos artikkel er det flere pasienter som har blitt behandlet som om de ikke lenger kan

forstå omgivelsene sine eller snakke for seg selv (Franco et al., 2022, s. 340). Dette kan tyde på manglende forståelse av diagnosen, men som man med opplæring og bruk av personsentrert omsorg vil kunne bedre. Det har blitt vist at det er viktig at den hjemmeboende med demens får spesialisert behandling (Bökberg et al., 2015, s. 412), noe som kan tilbys dersom kunnskapsnivået økes. Dette kan gjøres ved for eksempel kurs innen temaet, faglunsj og/eller ved å danne egne grupper/team innad i avdelingen som skal bruke tid på å sette seg inn team. Det viktigste er at gruppen som skal arbeide med pasientene med demens har en felles tankegang rundt kompleksiteten i sykdommen (Hedman et al., 2022, s. 1527).

I dagens hjemmetjeneste er det et behov for en felles tankegang rundt demens (Kinsarvik et al., 2023, s. 9). For å sikre bedre og mer spesifikk behandling av pasienter/brukere med demensdiagnoser, kan det være behov for å utarbeide en felles arbeidsmetode rundt dette. For å nå ut til alle må dette utarbeides i et samarbeid mellom alle pleierne og den må i ettertid repeteres og være lett tilgjengelig for samtlige. Dette handler også om å øke kunnskapsnivået på de forskjellige avdelingene, men retter seg mer mot forståelse av diagnosen og dens påkjenninger enn selve årsakssammenhengen bak diagnosen. På denne måten vil det gi mer mening at pårørende sier; «han er fremdeles den personen han var før» (Franco et al., 2022, s. 338). Dette vil da være et uttrykk for at pasienten har klare øyeblikk, men at disse ikke kommer frem ved gjennomføring av tiltak, med mindre man arbeider med et personsentrert fokus. For å ivareta pasientens evne til klare øyeblikk vil da reminisens være viktig i alle tiltak man gjør (Kirkevold et al., 2020, s. 431).

For å arbeide personsentrert omsorg inn i tiltak man gjør er det enkelte rutiner som må på plass. Til tross for at pasientgruppen har behov for individuell tilpassing, vil det også være rom for enkelte likheter (Hedman et al., 2022, s. 1522). Likhetene vil komme frem i hovedtrekkene ved tiltakene som skal utføres. Alle pasientene skal ha besøk, noen tiltak skal utføres og deretter skal man dra igjen. Ettersom det i helsesektoren er hyppig utskiftning av personale som både er ufaglært og de med en bachelorgrad vil det være til hjelp med en form for rutine for besøkene (Kinsarvik et al., 2023, s. 11). Rutinene går ikke på tiltakene som skal utføres med pasienten, men går på å sette seg inn i tilgjengelig informasjon om pasienten og da ha gode verktøy for å arbeide med pasienten i sentrum. I denne prosessen bør man tilstrebe å skape gjenkjennelighet (Hedman et al., 2022, s. 1524) for å vise pasienten at du er

der med et mål om å hjelpe dem. Dette kan gjøres ved å vise kjennskap til deres rutiner og preferanser. Gjennom dette er det viktig at pasienten får sjansen til å vite hva som skal skje før det skjer (Franco et al., 2022, s. 340) og dermed gi dem mulighet til å delta aktivt selv. I ettertid av besøket skal det dokumenteres om eventuelle endringer (Hedman et al., 2022, s. 1526). Til sammen vil dette være rutiner som skal kunne gjennomføres uansett hvilken pasient man skal hjelpe, men være så basale at de også tilpasses individuelt. Dette vil også hjelpe pasienten inn i en gjenkjennelig rutine basert på egne eksisterende rutiner (Hedman et al., 2022).

Rutiner rundt tiltak som gjøres må også sette pasienten i sentrum og på den måten gi mulighet for å arbeide personsentrert. Dette kan gjøres ved å ta i bruk VIPS-rammeverket. Dette kan følges opp ved å følge kjenne til pasientens verdigrunnlag, tilstrebe å ha en individuell tilnærming, kunne se situasjonen fra pasientens og oppmuntre til å vedlikeholde et sosialt miljø (Kirkevold et al., 2020, s. 36-37). Ved hjelp av rammeverket kan man finne hvilke tiltak pasienten har behov for og på den måte lage individuelle rutiner for hver enkelt pasient. Dette gjøres ved at rutinene som utarbeides gir mulighet for individuell tilpasning (Franco et al., 2022, s. 344). Ved å også ta i bruk av egne demensteam kan dette også tilpasses underveis av personale som har kunnskaper om demens og har sett pasientens utvikling over tid (Bökberg et al., 2015, s. 412). Ved tett oppfølging av samme personale vil det også være lettere for dette personalet å arbeide med reminisens (Kirkevold et al., 2022, s. 431) og hjelpe pasienten til å beholde «selv» følelsen i en større grad (Rokstad & Rokstad, 2021, s. 13).

Nå har vi sett hvorfor kunnskap om diagnosen er viktig og hvorfor det er behov for å øke nivået hos bemanningen uansett faglig bakgrunn. Likevel er det flere organisatoriske faktorer som påvirker hvorvidt man kan arbeide personsentrert med pasienter med demens. Dette går på arbeidsforholdene i hjemmetjenesten, og vi skal nå ta for oss problematikk rundt tid og pasientens hjem.

5.4 Tilrettelagte arbeidsforhold

Hjemmetjenesten har pasientens hjem som arena og tiltak som skal utføres må da kontrolleres opp mot mulighetene i hjemmet. Gjennom kartlegging skal det komme

frem om hvorvidt boligen egner seg til pasientens behov og eventuelle hjelpemidler som må settes inn (Birkeland & Flovik, 2018, s. 52). I arbeidet med pasienter med demens skal man være forsiktig med hvilke endringer man gjør i forhold til bosituasjonen da dette spiller en viktig rolle for pasientens identitet (Kinsarvik et al., 2023, s. 10). For å kunne arbeide personsentrert er da hjemmet en ekstra god hjelp (Kinsarvik et al., 2023, s. 1524). Pasienten er gjerne kjent i sine vante omgivelser og har sine kjente bilder og gjenstander tilstede som kan hjelpe pleierne til å forstå enkelte hendelser (Kinsarvik et al., 2023, s. 10). Nye og ukjente gjenstander i hjemmet kan også være til stor frustrasjon og skape forvirring. Enkelte hjelpemidler derimot kan være til hjelp, som for eksempel døralarm eller GPS-klokke. Disse kan hjelpe pasienten i de tilfellene vedkommende går ut og ikke finner veien tilbake (Birkeland & Flovik, 2018, s. 166).

Et sentralt tema for hva som skal til i demensomsorgen er tilstrekkelig med tid og muligheten til å være fleksibel (Bökberg et al., 2015, s. 413). I mange tilfeller kan man se at en pasient med en demensdiagnose krever mer tid enn en pasient uten (Kinsarvik et al., 2023, s. 11). Etter egne erfaringer er det vanskelig å si hvor mye tid som kreves for å komme i posisjon til å hjelpe en pasient. Noen dager tar det tid å bare få komme inn til en pasient og andre dager motsier vedkommende seg hjelp selv om jeg vet vedkommende trenger det. Dette kommer også frem i funnene hvor det blir nevnt et eksempel der pleieren ikke slipper inn for å hjelpe (Kinsarvik et al., 2023, s. 7). I et forsøk på å gjøre det enklere å komme raskt i posisjon til å hjelpe har demensteam blitt introdusert (Bökberg et al., 2015, s. 412). Her er det en gruppe pleiere som går samme lister som kun har pasienter/brukere med en demensdiagnose eller en annen form for kognitiv svikt. Denne gruppen skal ha muligheten til en fleksibel liste, med rom for endringer og uforutsigbare hendelser. Slike lister krever likevel at man beholder de så fleksible som mulig og at det er nok personale til å holde dem i gang (Kinsarvik et al., 2023, s. 10-11).

Avslutningsvis er det viktig å understreke at pasienten er en ressurs. Med dette mener jeg at pasienter til tross for diagnosen og funksjonsnedsettelse på sin måte evner til å gi uttrykk for egne ønsker og behov (Franco et al., 2022, s. 340). Dette er viktig å huske på for å ivareta pasientens følelser av kontroll og deltakelse i eget liv (Rokstad & Rokstad, 2021, s. 38). Demens utvikler seg forskjellig fra person til person, men behovet for å kunne delta i eget liv vil uansett være grunnleggende og

viktig å ivareta. Ved tydelig å verdsette pasientens tanker og ønsker, noe som også er med på å bygge tillit, kan man gi trygghet til tross for makt-ubalansen i forholdet (Birkeland & Flovik, 2018, s. 50-51). Det vil ikke alltid være at en pasient som er preget av sin demensdiagnose vil være i stand til å gi konkrete svar. I slike tilfeller kan man hjelpe pasienten frem til disse ved å kjenne til pasienten fra før, og på den måten gi pasienten en del av «seg»-følelsen tilbake (Rokstad & Rokstad, 2021, s. 64-65).

6 Avslutning

Denne oppgaven peker tydelig på personsentrert omsorg som en god behandlingsmetode for pasienter/brukere med en demensdiagnose. For at dette skal kunne tas i bruk, er det behov for tilstrekkelig informasjon om pasient/bruker, en god pasient/bruker-pleier relasjon og at pleier har et tilfredsstillende kunnskapsnivå om diagnosen. I tillegg må avdelingen legge til rette for fleksibilitet. Med dette på plass kan pasient/bruker oppleve trygghet og pleier får mulighet til å skape gode behandlingssituasjoner.

Basert på funn og drøfting vil fremtiden behøve videre forskning innen organisering av hjemmetjenesten, samt kontinuerlig oppfølging i kvaliteten på den personsentrerte omsorgen (Franco et al., 2022, s. 342). Det vil også være nødvendig med flere tanker rundt hvordan man skal arbeide personsentrert hjemme hos pasienter/brukere med demens.

7 Referanser

- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Brendan McCormack, T. M. B. M. T. M. (2016). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice* (Second edition. utg.). Newark: Wiley.
- Bökberg, C., Ahlström, G., Leino-Kilpi, H., Soto-Martin, M. E., Cabrera, E., Verbeek, H., Saks, K., Stephan, A., Sutcliffe, C. & Karlsson, S. (2015). Care and Service at Home for Persons With Dementia in Europe. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(5), 407-416. <https://doi.org/10.1111/jnu.12158>
- Dalland, O. (2017a). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2017b). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian journal of advanced nursing*, 20(2), 22-26.
- Franco, B. B., Boscart, V. M., Elliott, J., Dupuis, S., Loiselle, L., Lee, L. & Heckman, G. A. (2022). "I Hope That the People Caring for Me Know About Me": Exploring Person-Centred Care and the Quality of Dementia Care. *Can Geriatr J*, 25(4), 336-346. <https://doi.org/10.5770/cgj.25.597>
- Hedman, R., Sandman, P. O. & Edvardsson, D. (2022). Enacting person-centred care in home care services for people with dementia. *J Clin Nurs*, 31(11-12), 1519-1530. <https://doi.org/10.1111/jocn.16004>
- Helsedirektoratet (2017). *Nasjonale faglige retningslinjer om demens*. Oslo: helsedirektoratet (05.12.2023). <https://www.helsedirektora.tet.no/retningslinjer/demens#referere>
- Helse og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4
- Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Kinsarvik, L. Ø., Hjelle, E. G. & Wøien, H. (2023). Personsentrert demensomsorg i heimesjukepleia – ivaretaking av personverdet til pasientar og dei tilsette. *Nordisk sygeplejeforskning*, 13(2), 1-15. <https://doi.org/10.18261/nsf.13.2.2>
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2020). *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten*. Gyldendal.

- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2022). *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten*. Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. (2016). *Grunnleggende sykepleie : B. 1 : Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg. utg., Bd. b. 1). Gyldendal akademisk.
- Martin, G. W. & Younger, D. (2001). Person-centred care for people with dementia: a quality audit approach. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 8(5), 443-448.
<https://doi.org/10.1046/j.1351-0126.2001.00427.x>
- McCormack, B., McCance, T., Bulley, C., Brown, D., McMillan, A. & Martin, S. (2021). *Fundamentals of person-centred healthcare practice* (First edition. utg.). Wiley-Blackwell.
- Meld. St. 24 (2022-2023). *Bo trygt hjemme*. Helse og omsorgsdepartement.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/a8280e2548c04d3ea6898078480bfa0c/nn-no/pdfs/stm202220230024000dddpdfs.pdf>
- O'Rourke, D. J., Lobchuk, M. M., Thompson, G. N. & Lengyel, C. (2022). Expanding the conversation: A Person-centred Communication Enhancement Model. *Dementia (London)*, 21(5), 1596-1617.
<https://doi.org/10.1177/14713012221080252>
- Pasient-og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rokstad, A. M. M. & Rokstad, A. M. M. (2021). *Se hvem jeg er! : personsentrert omsorg ved demens* (2. utgave. utg.). Universitetsforlaget.
- Statistisk sentralbyrå (2020, 3. juni). *Nasjonale befolkningsfremskriver* (Forventet levealder). Forsikringsavdelingen.
<https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram/aar>
- Thidemann, I.-J. & Thidemann, M. U. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utgave. utg.). Universitetsforlaget.
- Unkrich, L. (regissør). (2017). *Coco* (film). Walt Disney studios motion pictures.