



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for Folkehelse
Institutt for sykepleie og psykisk helse

Jane Kristin Lund

Fagspesifikk fordypning med vekt på psykisk helse hos eldre

Omsorg til personer med demens i et samhandlingsperspektiv

Videreutdanning i eldreomsorg med vekt på psykisk helse

2011 - 2013

Antall ord: 8846

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	3
1.1 Oppbygging av oppgaven	4
1.2 Bakgrunn for valg av tema	4
1.3 Sentralt begrep i problemstillingen	6
1.4 Avgrensing	6
2.0 Metode	8
2.1 Søkehistorikk	8
2.2 Kildekritikk	9
2.3 Etisk vurdering av forskningsmaterialet	10
3.0 Teori	11
3.1 Demens	11
3.1.1 Demens og delirium	13
3.2 Omsorg	14
3.2.1 Personsentrert omsorg med fokus på personer med demens	14
3.3 Sykepleie til personer med demens	16
3.4 Lovverket og nasjonale føringer	17
3.4.1 Spesialisthelsetjenesten	17
3.4.2 Kommunehelsetjenesten	18
3.4.3 Samarbeid	18
4.0 Hvordan kan sykepleier bidra til god omsorg for personer med demens ved innleggelse til sykehus?	21
4.1 Innleggelse til sykehus	21
4.2 Omsorg til personer med demens innlagt på sykehus i et samhandlingsperspektiv	23
4.3 Hvordan kan økt kompetanse bidra til bedre omsorg til personer med demens?	26
4.4 Hvordan kan samarbeid med kommunehelsetjenesten bidra til bedre omsorg til personer med demens ved akutt sykdom?	27
5.0 Konklusjon	29
6.0 Litteraturliste	31

1.0 Innledning

Antallet mennesker som lever med demens på verdensbasis er anslått til 35.6 millioner. Dette tallet vil dobles innen 2030 og mer enn tredobles innen 2050 (WHO, 2012). I 2010 ble det antatt at ca 70 000 personer led av demens i Norge. Forekomsten øker jo eldre befolkningen blir. Hvis dagens utvikling fortsetter, ventes antallet å stige til 160 000 i 2050 (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Et viktig element i *Samhandlingsreformen* er at som følge av den demografiske- og epidemiologiske utviklingen, er det særdeles viktig å ha fokus på prioriteringer i forhold til folks helse, slik at ikke samfunnets utvikling og økonomiske bæreevne blir truet. Pasientene skal allikevel sikres like vilkår uansett hvor i landet de bor, og skal ivaretas innenfor best effektive omsorgsnivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Hos personer med demens vil det oppstå akutt sykdom som i befolkningen ellers (Yang et al., 2009), og for noen blir det vurdert som nødvendig med en sykehusinnleggelse. Forskning fra England og Italia viser at akutt sykehusinnleggelse ofte er en påkjenning for denne pasientgruppen, at antall liggedøgn kan øke. Det viser også at dødeligheten under og forholdsvis kort tid etter akutt innleggelse er stor (Saravay et al., 2004; Sampson, Leurent, Blanchard, Jones & King, 2012; Zuliani et al., 2012; Thomas et al., 2012).

For at denne pasientgruppen ikke skal gjennomgå en sykehusinnleggelse, som kan bli en traumatisk opplevelse, og i verste fall ende med død, viser det seg at personsentrert omsorg kan være med på å forebygge et negativt utfall for pasienten. Det kreves individuelle ferdigheter hos pleiepersonalet, med kompetanse innen demensomsorg og personsentrert omsorg, og det kreves mer tid til hver enkelt pasient. Webster (2011) hevder at ved å sette inn tiltak i form av mer tid og personsentrert omsorg til denne pasientgruppen vil medføre at pasienten blir roligere, som igjen vil påvirke personalet og stemningen på avdelingen positivt. Pasienten vil med personsentrert omsorg også lettere tar til seg foreskrevet behandling.

Samhandlingsreformen ble utarbeidet for at pasienter skal få optimal behandling, på rett sted, til rett tid. For å få til dette er det et sentralt punkt at samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og helsetjenesten i den enkelte kommune styrkes, og at de ulike

nivåene bedrer sin evne til å koordinere tjenestene til pasientens beste. I reformen blir det pekt på at strukturer og systemer i helsetjenesten i for liten grad er rettet inn mot helheten i pasientens behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

1.1 Oppbygging av oppgaven

Dette er den avsluttende oppgaven i Videreutdanning i eldreomsorg med vekt på psykisk helse. Målet med oppgaven er å få mer kunnskap om hvordan personer med demens på best mulig måte kan få god omsorg i forbindelse med en sykehusinnleggelse på grunn av akutt sykdom. Problemstillingen er fra min praktiske hverdag i jobben som sykepleier ved en indremedisinsk sengepost.

Oppgaven starter med en kort innledning for å gi en indikasjon på hva som fikk meg interessert i temaet. Jeg beskriver hvorfor jeg har valgt nettopp dette temaet, og med det belyser hva som gjør at dette temaet bør være av interesse for flere. Videre presenterer jeg problemstillingen, og hva som er det sentrale begrepet her. Oppgaven har en begrensning i forhold til antall ord, så for at oppgaven ikke blir for omfattende har jeg gjort en avgrensning. Videre kommer metodedelen med søkehistorikk, kildekritikk og en etisk vurdering av forskningsmaterialet. Den teoretiske delen har jeg valgt å ta etter metodedelen for denne oppgaven, fordi jeg syntes det var mer hensiktsmessig. Under dette kapitlet presenterer jeg den teoretiske plattformen oppgaven er bygd opp rundt, og hvilken forskning og aktuell faglitteratur jeg har valgt å ta med. I drøftingsdelen drøfter jeg problemstillingen opp imot teorien. Under drøftingen vil også mine egne synspunkter trekkes inn. Til slutt kommer en konklusjon, der jeg tydeliggjør hva jeg har fått ut av å skrive oppgaven.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Som sykepleier på en indremedisinsk sengepost opplever jeg diskusjoner på vaktrommet i forhold til pasienter med demens. Når personer med demens blir innlagt på sykehus kan jeg se at disse pasientene ofte kan bli ytterligere kognitivt svekket, og mange utvikler delirium. De har vanskelig for å roe seg på avdelingen. De er vandrere i gangene, de roper mye, de faller m.m. Å klare å gi god omsorg til pasienter med demens, ser jeg i min praksis

til tider byr på store utfordringer. Dette fordi det ofte er mange stressfaktorer inne i bildet når personer med demens er innlagt på sykehus, og fordi jeg som sykepleier ofte vet for lite om pasienten som kommer til avdelingen. Det mangler ofte puslebiter i historien til pasienten, som gjør det til en stor utfordring å få til god kontakt og kommunikasjon med pasienten, noe som igjen kan gjøre det mer stressende for pasienten. Jeg ser at det må bli bedre kommunikasjon/samarbeid med personalet fra instiusjonen pasienten kommer fra og personalet på sykehuset, slik at oppholdet på sykehuset blir en så liten påkjenning for pasienten som mulig. Dette i samsvar med hva Kari Martinsen mener om best mulig omsorg til pasienten, og Tom Kitwoods filosofi om personsentrert omsorg.

I løpet av denne studietiden, har jeg tilegnet meg mer kunnskap innenfor emnet ”personer med demens”, men ønsker allikevel enda mer kunnskap for å bidra til at denne pasientgruppen ikke lider unødig last ved en sykehusinnleggelse. Med bakgrunn i mine erfaringer i forhold til personer med demens, og mine erfaringer i forhold til dårlig kommunikasjon og samarbeidet mellom kommune- og sykehussektoren, ser jeg en del utfordringer som jeg ønsker å belyse. Etter 17 måneder med Samhandlingsreformen ser jeg at kommunikasjonen og samarbeidet mellom først- og andrelinjetjenesten ikke alltid fungerer optimalt for å kunne gi god omsorg til personer med demens.

I forhold til det å kunne gi god omsorg til personer med moderat til alvorlig demens i min praksis ved sykehuset, er det nødvendig med god kompetanse innen demensomsorg på alle nivå innen helsesektoren. Jeg mener også at det også er nødvendig å styrke samarbeidet mellom omsorgsnivåene.

Ut i fra dette har jeg kommet fram til at følgende problemstilling er relevant:

Hvordan kan sykepleier bidra til god omsorg for personer med demens ved innleggelse til sykehus?

Jeg har valgt å skrive en forkortet utgave av problemstillingen på forsiden av oppgaven, som lyder:

”Omsorg til personer med demens i et samhandlingsperspektiv”

1.3 Sentralt begrep i problemstillingen

I oppgaven er det omsorg som er det sentrale begrepet, hvor det handler om å kunne gi god omsorg til personer med demens. Det handler også om at samarbeidet mellom omsorgsnivåene er helt sentralt i forhold det å gi kunne gi god omsorg til denne pasientgruppen. I oppgaven blir det derfor ikke omsorg i direkte kontakt med pasienten som blir det overordnede, men hvordan vi kan gi god omsorg som følge av godt samarbeide mellom omsorgsnivåene. Dette vil medfører at det blir enklere å kunne gi den personsenterte omsorgen som forskning viser har god effekt hos personer med demens, også ved akutt sykdom og innleggelse på sykehus. Her i Norge er da Samhandlingsreformen utarbeidet for at personer med spesielle behov får den behandlingen de har krav på, hvor intensjonen er at god samhandling nettopp kan være et middel til god omsorg.

1.4 Avgrensning

For å avgrense oppgaven har jeg valgt å ikke fordype meg i en spesifikk demensdiagnose. Demensbegrepet omfatter eldre personer over 65 år med demens, demens vurdert som moderat eller alvorlig i følge ICD-10. Pasientene kommer fra sykehjem, hvor de føler trygghet og de kjenner personalet og omgivelsene godt, og hvor personalet kjenner pasienten godt. I forhold til demensdiagnosen, og de forskjellige stadiene i demensutviklingen, velger jeg å beskrive alle tre stadiene. Dette fordi ved moderat til alvorlig demens videreføres og/eller forsterkes gjerne symptomene som er beskrevet kan oppstå i mild fase.

I oppgaven skriver jeg førstelinje-/kommunehelsetjeneste eller sykehjem som presisering av hvilket nivået pasienten har sitt daglige tilholdssted/bolig. Videre benyttes spesialisthelsetjenesten, helseforetak eller sykehus/medisinsk/somatisk/indremedisinsk sengepost for å vise hvilket system jeg jobber innenfor, og hvor pasienten blir innlagt til ved akutt sykdom.

Samtykkekompetanse i følge Kapittel 4 A i Lov om pasient- og brukerrettigheter, er ikke tema i oppgaven. Dette beskrives derfor ikke videre i teoridelen av oppgaven. Jeg velger i

tillegg å ikke gi noen forklaring på aldersgruppen den eldre pasient og brukermedvirkning, da heller ikke dette er tema i oppgaven.

Pasientbehandling/-rettigheter/ og -sikkerhet blir ikke videre gått inn på i oppgaven, utover at det kort blir nevnt. Dette fordi det er hvordan vi best kan gi god omsorg i samarbeidet mellom omsorgsnivåene som er fokuset. Begrensingene er gjort fordi det er begrensninger i forhold til antall ord for oppgaven, og/eller fordi det ikke er tema for oppgaven.

2.0 Metode

Fordypningsoppgaven er en litterær oppgave, der litterær forstås som at innholdet i hovedsak bygges på skriftlige kilder. Oppgaven tar utgangspunkt i et tema eller en problemstilling fra praksis, og for å finne svar på en problemstilling i en litterær oppgave, starter jeg med å gjøre meg kjent med tematikken og litteratur innenfor området. Deretter velge jeg ut relevant litteratur for å kunne skrive en oppgave som fyller kriteriene til oppgaveskriving på dette nivået (Dalland, 2012).

2.1 Søkehistorikk

Databaser jeg har søkt i er SveMed, bl.a. for å finne MeSh-termer, Helsebiblioteket, Google Scholar, Chinahl, ProQuest, PubMed og Medline. Jeg har også søkt rett i nettsiden til Tidsskrift for den Norske Legeforening (Tidsskriftet.no) og i forskningsdelen i Sykepleien.no. Der jeg ikke har funnet fulltekstartikler, har jeg fått hjelp av Bibsys og biblioteket ved Høgskolen i Hedmark, Campus Elverum.

De engelske søkeordene jeg har brukt for å søke etter artikler er: dementia, delirium, acute, "admission hospital", hospital, hospitalisation, hospitalization, hospitalized, aged, "older people", "health care", nursing, "cognitive failure", "cognitive impairment", personhood, "person-centered care", cooperation, coordination. De norske søkeordene er: demens, akutt, sykehus, sykehusinnleggelse, eldre, helsetjenester, sykepleie, kognitiv svekkelse, personsentrert omsorg, samhandling, samarbeid.

Søkeordene er brukt i forskjellig rekkefølge og med forskjellig sammensetning. I første runde av søkeprosessen ble søket snevret til å gjelde fra januar 2008 til 2013. Samtidig ble artiklene sortert etter relevans etter søkeord. Jeg utvidet søket til 2004 – 2013 for å finne flere fulltekstartikler. Jeg fant tilfredsstillende antall artikler innenfor temaet personer med demens innlagt akutt til sykehus, og personsentrert omsorg til personer med demens innlagt på sykehus.

2.2 Kildekritikk

Artiklene jeg har funnet er for det meste basert på enkeltstudier, og ligger langt ned i Haynes pyramide. Haynes pyramide graderer forskningsmateriale etter validitet og pålitelighet, der enkeltstudier blir gradert til å ha minst validitet/pålitelighet (DiCenso, Bayley & Haynes, 2009). Jeg mener allikevel at studiene tar opp viktige tema, og har kritisk vurdert de til å dekke de krav som gjelder for å kunne brukes i oppgaven. Artiklene jeg har valgt å ta med i oppgaven er basert på både kvalitativ og kvantitativ forskningmetode, og litteraturstudie.

I forhold til vurdering av forskningsartiklene, har jeg valgt å benytte Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2008) sine sjekklister. Dette for å vurdere om jeg kan stole på resultatene, hva resultatene forteller og om resultatene kan være til hjelp i praksis. Forskningsmaterialet som er inkludert i oppgaven, er for lite til at det gir et fullstendig bilde av personer med demens innlagt på sykehus, men jeg mener allikevel at funnene beskriver en del av virkeligheten for personer med demens innlagt på sykehus.

Jeg fant ingen forskning basert på norske forhold innen akkurat dette temaet, men jeg ser at dette er et behov. Dette for å kunne gi et mer nøyaktig bilde av om de samme resultatene i forhold til høy dødelighet ved sykehusinnleggelse av personer med demens virkelig kan overføres til norske forhold. Forskningen er gjort i andre skandinaviske land, men jeg mener allikevel at resultatene kan overføres til norske forhold.

I oppgaven viser jeg også til litteratur som er anbefalt som pensumlitteratur i videreutdanningen, i tillegg til selvvalgt litteratur. Litteraturen har jeg valgt for å dekke aktuelle temaer som jeg mener er viktig i forhold til den teoretiske delen av oppgaven. Dette er litteratur av anerkjente forfattere, som har forsket og skrevet mye innen fagfeltet eldre, aldring og demens. Jeg mener derfor valget av pensumlitteratur og selvvalgt litteratur er relevant. I tillegg til pensumlitteratur viser jeg til norske lover, stortingsmeldinger og andre nasjonale føringer som er utarbeidet fra Helse- og omsorgsdepartementet, da dette er de verktøy vi som helsepersonell skal jobbe etter og bruke i samhandling med pasientene, pårørende og kolleger.

Jeg har i oppgaven mest mulig brukt primærkilder, dette for å sikre meg mot feiltolkninger og/eller unøyaktigheter i eventuelle sekundærkilder. Dette i tråd med hva som er anbefalt i Dalland (2012).

2.3 Etisk vurdering av forskningsmaterialet

I følge Helsinkideklarasjonen (2008) skal forskning utføres på en etisk forsvarlig måte, og punkt 9 i deklarasjonen sier dette er spesielt viktig i forhold til sårbare grupper, som for eksempel personer med demens. Dette er personer som i mange tilfeller ikke er samtykkekompetente og som ikke klarer å ivareta egne behov. Disse skal vernes mot ytterligere påkjenninger, noe som forskning kan bidra til. I Norge har vi Forskningsetikkloven (2007), men også deler i andre lover og retningslinjer skal følges for ikke å utsette en pasient for ulempe og risiko (Hauvik, 2012). I de studiene jeg har tatt med i oppgaven, er det gitt godkjenning fra etiske komiteer, og jeg mener dette oppfyller krav til etisk vurdering av forskningsmateriale.

3.0 Teori

Nå vil teori i forhold til personer med demens bli presentert, og gi et innblikk i hvilke oppgaver helsetjenesten har for å gi best mulig omsorg til personer med demens.

3.1 Demens

Begrepet demens brukes som fellesbetegnelse på flere sykdommer, hvor problemer med hukommelsen er et viktig symptom.

Demens er et hjerneorganisk syndrom, og er fellesbetegnelse på en rekke sykelige tilstander som er kjennetegnet ved ervervet kognitiv svikt, svikt av emosjonell kontroll og svikt i funksjonsevne i forhold til dagliglivets funksjoner.

(Engedal, 2008, s 217).

Sykdommen innebærer også andre alvorlige symptomer, og defineres ut i fra ulike klassifikasjonssystemer. Mange land benytter det amerikanske klassifikasjonssystemet DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fjerde versjon), men i Norge brukes ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems, tiende versjon) (Engedal & Haugen, 2009).

Personer med demens har svekkede kognitive ferdigheter, og deres evne til beslutninger, evne til å forstå en situasjon og formidle sin avgjørelse, varierer etter hvor sterkt rammet de er (Berentsen, 2010). Deres evne til å håndtere komplekse oppgaver, resonnering, romretningssans og evnen til verbal formidling, er svekket (Shadlen & Larson, 2012).

Mestringsevnen er truet. Deres evne til omstilling er redusert fordi omstilling krever en viss kognitiv kapasitet, som hos de fleste personer med demens, i stor grad er redusert. De klarer ikke å forholde seg rasjonelt til nye og katoiske situasjoner som oppstår (Jakobsen, 2007).

I følge ICD-10, kan sykdommen graderes i fasene mild, moderat og alvorlig demens. Ved mild demens, i startfasen (*kompenseringsfasen*) vises de første tegnene på mental svikt i form av svekket hukommelse, da spesielt hendelser i nær fortid. De glemmer for eksempel avtaler, å spise, å handle og betale regninger. I denne fasen kan personene som for eksempel tidligere lett har blitt engstelig eller hatt tendens til depresjon, få forsterkede

symptomer i forhold til dette. Noen kan lett reagere med irritabilitet og sinne. Noen får problemer med å holde tiden og problemer med å orientere seg. Evnen til å klare seg selv i dagliglivet blir påvirket. I forhold til verbal kommunikasjon er det ikke uvanlig med språkvansker som manglende taleflyt. De fleste i denne fasen har vanligvis enda evnen til bruke sine forsvars- og mestringsevner (Engedal, 2003).

Når de rammede går over til den moderate fasen (*dekompenseringsfasen*), har de fleste kontakt med helsevesenet, eller behov for mye hjelp fra andre. Hukommelsen blir ytterligere svekket, de er mer påvirkelig for stress og bringes lettere ut av fatning. Det er ikke uvanlig med psykotiske symptomer som vrangforestillinger og synshallusinasjoner i perioder. Symptomer som så vidt kunne anes i den milde fasen, blir mer påtagende. Pasientene har problemer med å bruke sine tillærte mestringsevner. De mister lettere grepet på tilværelsen. I denne fasen svekkes hukommelsen ytterligere, og flere får nedsatt evnen til verbal kommunikasjon (ibid.).

I den alvorligste fasen (*pleiefasen*), er både de kognitive og funksjonelle evnene såpass svekket at de aller fleste er totalt avhengig av pleie og hjelp døgnet rundt. De fleste har manglende motorisk styring. De motoriske funksjonene er så nedsatt at personene ofte må sitte i stol eller ligge i seng. De fleste har betydelige balansesvikt og problemer med å gå. Den mentale kapasiteten er svært svekket (ibid.).

For en person med demenssykdom vil verden rundt kunne virke kaotisk og utrygg, og når de overstimuleres eller kommer opp i situasjoner som blir for kompliserte, når de føler de ikke mestrer situasjonen, eller at situasjonen blir for overveldende, kan det oppstå sterke reaksjoner som sinne, angst og depresjon. Situasjoner som skaper angst varierer og veksler fra det ene øyeblikket til det neste (ibid.).

Diagnostisering av demens gjøres gjennom det kliniske arbeidet, hvor det gjennom observasjon og kartlegging, intervju av pasient og pårørende, bruk av standardiserte evalueringsskalaer og funksjonstester viser pasientens nivå i demensutviklingen. Det blir vurderet kognitiv svikt og funksjonsevne, og evt. graden av denne (Engedal, 2003; Wyller 2011; Shadlen & Larson, 2012). I tillegg er bildediagnostikk av hjernen, og relevante blodprøver obligatorisk for å kunne vise intrakranielle forandringer. Dette også for eventuelt å utelukke andre årsaker til kognitiv svikt (Wyller, 2011).

3.1.1 Demens og delirium

Forekomsten av delirium er høy blant eldre mennesker, spesielt hos de som har kroniske eller akutte sykdommer. Det foreligger spesielle risikofaktorer for delirium blant personer som er rammet av demens (Engedal & Haugen, 2009; Inouye, 2006). Delirium er et stort problem for pasienter med demens innlagt på sykehus (Piasini, Murphy, van Ness, Araujo & Inouye, 2007).

Lipowskys definisjon på delirium i Engedal (2008, s. 198) beskriver delirium som følgende.:

Delirium er et transitorisk globalt hjernesyndrom som er kjennetegnet ved svikt av kognitive evner og oppmerksomhet samt forstyrret psykomotorisk atferd og forstyrret søvn/våken tilstand.

Delirium ses oftest hos pasienter med bl.a. infeksjoner, store brudd, hjerneslag, hjerteinfarkt og akutt hjertesvikt, KOLS og dehydrering. Raskt utvikling av anemi og hypoglykemi er også risikofaktorer, samt nedsatt hørsel og/eller syn av en slik grad at det fører til mangelfull informasjonsflyt er også risikofaktorer, skyldes nedsatte sensoriske prosesser. Om kvelden og natten er delirium mer uttalt, dette kan muligens forklares med at de sensoriske prosesser da går tregere. Samme mekanismen kan utløses hvis personer med demens opplever sterke smerter (Engedal & Haugen, 2009).

Engedal (2008); Yang, Marcantonio, Inouye, Kiely & Rudolph (2009); Ranhoff (2008); Ranhoff (2010) hevder at delirium kan fremstå både som hyperaktivt og hypoaktivt. Ved hyperaktivt delirium er pasienten psykomotorisk urolig, ofte vandrende og har paranoide hallusinasjoner. Ved hypoaktivt delirium, er derimot pasienten mer rolig og lite krevende, ofte er pasienten sengeliggende. Det dominerende symptomet på hypoaktivt delirium er svekket oppmerksomhet og bevissthet, og den psykomotoriske aktiviteten er nedsatt. Ca. 50 prosent av pasientene med delirium veksler mellom hypo- og hyperaktive faser. Alle pasienter med delirium har svekket hukommelse og orienteringsevne for her-og-nå-situasjonen de befinner seg i. Varigheten kan være kort, bare noen få timer, men det kan også vedvare i dager og uker. Symptomene fluktuerer gjennom døgnet.

3.2 Omsorg

Det sentrale begrepet i problemstillingen er omsorg. Dette begrepet forstås som det ”å sørge for” - ”å ha omtanke for” (Bokmålsordboka, 2010). Ordet omsorg er sammetsatt av to ord; ”om” og ”sorg “. Det kommer mest sannsynlig fra det tyske ordet ”sorgen”, som oversettes med ”omtenksomhet” eller ”bekymre seg for”, hvor ”sorg” betyr mer å sørge for enn å sørge (Martinsen, 2003).

Martinsen (2003) beskriver omsorg som en sosial relasjon, som det mest fundamentale ved menneskets eksistens. Hun sier at det alltid vil forutsette to parter, hvor den ene har bekymring og omtenksomhet for den andre. Omsorg er et begrep som er relasjonelt, praktisk og moralskt. *Relasjonell* omsorg tar utgangspunkt i et kollektivt basert menneskesyn. Vi er avhengig av hverandre i et fellesskap, hvor avhengighet ikke står i motsetning til selvhjulpenhet, men inngår på ulike måter i alle menneskelige forhold. *Praktisk* omsorg gis av et individ til et annet, hvor *prinsippet om ansvaret for den svake* er overordnet. Ved *moralsk omsorg* mener Martinsen er noe som må læres gjennom praksis, i relasjon med andre.

3.2.1 Personsentrert omsorg med fokus på personer med demens

Kitwood (1999) beskriver to former for forandring hos en person med demens. Disse to formene foregår samtidig. Den første, den neurologiske forandringen, beskrives som den gradvis tiltagende svikten i de mentale funksjonene, som hukommelse, resonnement og oppfattelsesevne. Dette går på de faktiske patologiske forandringer i hjernen. I tillegg er det den sosialpsykologiske forandringer, som går på det sosiale samspillet med andre mennesker. Når de kognitive evnene forandres eller minskes, hvis det observeres at hukommelse, oppfattelseseven, planleggingsevnen og dømmekraften samtidig reduseres, da er det klare indikasjoner på demens (ibid.).

For å kunne gi god omsorg til personer med demens, mente Kitwood (1999) at det er PERSONEN-med-demens som skal være i fokus og ikke personen-med-DEMENS.

Kitwoods (1999, s. 18) definisjon på person er:

Det er en rang eller status, der tildeles et menneske af andre i en kontekst av indbyrdes forhold og social væren. Det indebærer genkendelse, respect og tillid. Såvel tilkendelse af personstatus som manglen på samme har konsekvenser, som kan empirisk efterprøves.

Han hevder også at enhver person er unik, at hver og en er inderlig forskjellig fra alle andre. Personen er preget av sin historie, hvor kultur, kjønn, temperament, miljø, livsstil, overbevisninger, verdier, engasjement, smak, interesser osv er med på å farge hver enkelt personlighet. Å kunne se personen uansett status eller rang, å se personen bak demensdiagnosen er en viktig faktor innen demensomsorgen. Målet med den personsentrerte omsorgen er at den skal være individrettet. Hvert eneste menneske trenger å bli betraktet som unikt, og omsorgen som gis skal være subjektiv og individuell (ibid.).

I forhold personer med demens hevder Kitwood at pasientgruppen har et altomfattende behov for kjærlighet, der det er spesielt fem emosjonelle behov som understøtter dette. Disse fem behovene er trøst, tilknytning, inkludering, sysselsetting og identitet, der *trøst* gis betydning ved at personen trenger ømhet, nærvær, lindring av smerte og sorg. Det betyr at personen med demens gis beroligelse ved engstelse, samt trygghet og nærhet av en annen. Personen trenger varme og styrke når følelsen av tap ved for eksempel sviktende evner og erkjennelsen av at døden nærmer seg. Personer med demens har dessuten et spesielt behov for *tilknytning*, kanskje like sterkt som behovet vi har for tilknytning tidlig i livet. Dette fordi det er så mange usikkerhetsmomenter og bekymringer i forhold til sykdommen demens. Tap av en nær pårørende kan være spesielt ødeleggende, og hvis det blir mange tap på kort tid, kan dette være altødeleggende. *Inkludering* er et annet element for å forklare behovet for kjærlighet, der behovet for inkludering er å være en del av en gruppe, hvor tilhørigheten til gruppen er helt essensielt i forhold til overlevelse. Personer med demens kan akutt gi uttrykk for behovet for inkludering ved at de har en oppmerksomhetssøkende adferd, som at de må gripe tak i en (er ”klamrende”) eller de får forskjellige typer utagerende adferd. *Beskeftiget* betyr å være betydelig involvert i eget liv, og det som foregår rundt. En person kan være sysselsatt i andres selskap eller alene, med direkte handling, med refleksjon, eller med å slappe av. Hvis personer med demens fratas muligheten til sysselsetting, kan de fort bli apatisk og tiltaksløse, og de mister sin selvtilitt. En *identitet* er å vite hvem man er, kognitivt og følelsesmessig. Det betyr å ha kontakt med fortiden og dermed har en historie å fortelle (ibid.).

Han hevder også at personer med demens har behov for empati, der empati betyr å ha en viss forståelse for hva en annen person opplever. Han hevder også at empati ikke er ensbetydende med å kunne føle det et annet menneske føler, dette fordi hvert individ er så forskjellig, men å klare å se hvordan livet er utifra akkurat dette menneskes referanseramme. Et menneske som har høyt utviklede empatiske evner, kan være helt bevisst en annens følelsesmessige tilstand, og samtidig holde sine egne følelser tilbake (ibid).

Hummelvold (2004) hevder at empati er innlevelsessevne - å føle seg inn i en annens følelse, og ikke bare med fornuft forstå hvordan et annet menneske har det. Han hevder også at det innebærer å kunne dele et annet menneskes følelsesmessige opplevelse av situasjonen mennesket er i.

3.3 Sykepleie til personer med demens

For å kunne gi god omsorg til personer med demens, bør noen grunnleggende egenskaper og holdninger være tilstede hos sykepleieren.

De Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011), gir konkrete føringer for hvordan vi som sykepleiere skal sikre en god praksis i møte med ...”pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunnet”... Sykepleie blir i praksis basert på erfaringer i livet generelt og kunnskap tilegnet gjennom utdanning og praksis. Sykepleieren skal utføre sitt yrke i samsvar med norske lover, og etiske retningslinjer, og yrkesutøvelsen skal være kunnskapsbasert. Sykepleierens ...”fundamentale plikt er å fremme helse, forbygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død”... (ibid., 2011, s. 5). Respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet, barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene skal prege praksis.

Sykepleierens grunnlag

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet.

Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert.

(ibid., 2011, s. 7).

3.4 Lovverket og nasjonale føringer

Å ivareta pasientens rettigheter kan være etisk utfordrende, men befolkningen skal gjennom norsk lovverk sikres lik tilgang på tjenester og sikres at deres rettigheter blir ivaretatt. Pasientrettighetsloven, helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven og nasjonale føringer ved bl.a. stortingsmeldinger, meldinger, retningslinjer, veiledninger og rapporter, er føringer for hvordan det skal sikres god pasientbehandling i Norge.

3.4.1 Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) gir de overordnede føringer for hvilke oppgaver spesialisthelsetjenesten har overfor personer som oppholder seg i Norge. Målet er å sikre at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjenester. Det blir beskrevet i loven hvilket ansvar sykehusene har i forhold til pasienten for å kunne yte optimal helsehjelp.

De forskjellige helseforetakene har ansvar for pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasient og pårørende. Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, og helsetjenestene som tilbys eller ytes, skal være forsvarlige. Ved behandling forventes det at pasienten har nytte av den helsehjelpen som gis, hvis ikke bortfaller denne retten. I forhold til utdanning av helsepersonell skal sykehusene/helseforetakene sørge for at ansatt helsepersonell gis opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig. Spesialisthelsetjenesten skal fremme folkehelsen og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming, og de skal også gi pasienter og pårørende informasjon og opplæring (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Regjeringen vil at kvaliteten i hele helse- og omsorgstjenesten skal bedres og vil derfor satse på forskning og innovasjon. Forskning skal bl.a. være et middel for økt kunnskap hos helsepersonell, gi bedre kvalitet i pasientbehandlingen, øke effektivitet og gi bedre velferd (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Ifølge *Forskrift om prioritering av helsetjenester*, har pasienten rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Dette når pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes.

Begrepet "ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet" omfatter smerte eller lidelse, problemer i

forbindelse med vitale livsfunksjoner som for eksempel næringsinntak, eller nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå (Prioriteringsforskriften, 2000). I tillegg har helsedirektoratet utarbeidet en prioriteringsveilder innen geriatri. Veilderen skal være et hjelpemiddel for spialsithelsetjenesten i forhold til prioritering av pasienter, og fokus er at "like" pasienter blir vurdert likt, i tillegg har pasientrettighetsloven har på et overordnet nivå presisert pasientrettigheter og prioriteringer, slik at pasienten skal få den behandling som er nødvendig.

3.4.2 Kommunehelsetjenesten

Kommunehelsetjenesten dekkes også av det norske lovverket, og det er presisert at kommunen har ansvar for at personer som bor eller oppholder seg i kommunen får nødvendig helse- og omsorgstjenester. Dette omfatter alle pasienter med behov for psykiske eller somatiske helsetjenester, personer med sosiale problemer eller med nedsatt funksjonsevne, eller personer med behov for omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Den forventede veksten i behov for en samlet helsetjeneste, skal i størst mulig grad dekkes av helsesektoren i kommunene. Kommunenes vekst i forhold til helseutgifter skal gradvis styrkes for ivareta en helhetlig helsetenkning. Kommunehelsetjenesten skal ha fokus på forebygging og helsefremmende arbeid, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Kommunen skal også ha bygget opp akuttplaner eller døgnplaner for å kunne ta i mot og behandle enklere medisinske tilstander. Dette tilbudet skal stå klart i 2016.

3.4.3 Samarbeid

Når pasienter har sammensatte behov fra ulike hold innen helsetjenesten, som spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, gis det i Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 13) en klar føring på at det forventes et strukturert og koordinert samarbeid disse i mellom, hvor

...samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte

Samhandling kan omfatte samarbeid i forhold til både menneskelig og elektronisk kommunikasjon. Ved samhandling finnes felles prosesser, der to eller flere parter har erfaringsutveksling, og arbeider sammen mot felles mål. De foretar informasjonsutveksling og deler kunnskaper. Samhandling handler om å ha/få en felles oppfatning av et meningsinnhold, og ha felles tiltak for å oppnå samme mål (Samhandling, 2013).

Samordning, samarbeid og integrering er begrep som blir mye brukt om hverandre, og Lauvås & Lauvås (2004), viser til Knoffs definisjon på samordning, der dette omfatter

...en systematisering eller organisering av det hver enkelt utøver gjør overfor en og samme problemstilling/klient/pasient, slik at alle tiltak er vel tilpasset hverandre og ikke motvirker hverandre.

Videre hevdes det at dette er en betegnelse på hvordan arbeidet med pasienten blir organisert, og at samordning har som mål å

...oppnå såkalte synergieffekter – at tiltakene forsterker hverandre gjensidig, slik at den samlede effekten blir større enn summen av resultatene for hvert enkelt tiltak sett isolert (ibid.).

Lauvås & Lauvås (2004) hevder også at samarbeid er noe mer enn samordning, at samarbeid føyer sammen fagpersoners arbeid til en helhet. At det blir til ... ”en gjennomført form for organisering av arbeidet”. Dette forutsetter at samarbeidspartene har en form for nærhet og avhengighet til det hele, og at de har en forening om tid og rom for å oppnå resultat. Integrering kan forklares som at aktiviteter eller aktører føres sammen til en helhet (Axelsson & Axelsson, 2009).

St.meld 47 (2008-2009), *Samhandlingsreformen* sammen med St.meld 16 (2010-2011), *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)* er utarbeidet fordi det har vist seg at spesielt tre hovedutfordringer i helse- og omsorgstjenesten som ikke har fungert godt nok. Dette handler om pasientenes behov for koordinerte tjenester, at innsatsen for å begrense og forebygge sykdom er for lav, og at den demografiske utviklingen og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som kan true samfunnets økonomiske bæreevne. Det er også beskrevet i bl.a. *Helse- og omsorgstjenesteloven (2011)* og *Spesialisthelsetjenesteloven*

(1999) at de statlige og kommunale helseforetak plikter å legge til rette for nødvendig samarbeid om å tilby tjenester. Målet med *Samhandlingsreformen* er at pasientene skal oppleve en koordinering og sammenheng i helsetjenester, der overgangene blir færre. Pasientene skal sikres at utredningen og behandlingen blir gitt der hvor det er mest hensiktsmessig ut fra pasientens ståsted og situasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

I tillegg til lovverket, defineres det i Samhandlingsreformen ansvar og rettigheter for de ulike aktørene; helseforetak, sykehus, kommunehelsetjenesten og pasient. Lovverket skal sikre at hele den norske befolkning får nødvendig og likeverdige tilbud.

Regjeringen har med Helse- og omsorgstjenesteloven, Kaptitel 6, §§ 6-1 og 6-2 og Samhandlingsreformen, gitt kommuner og helseforetak et lovfestet plikt til å inngå samarbeidsavtaler (Hjernås & Vold, 2011), og det er også presisert hvilke krav det er til avtalens innhold. Avtalene skal bidra til bedre samarbeid mellom omsorgsnivåene, til pasientenes beste.

4.0 Hvordan kan sykepleier bidra til god omsorg for personer med demens ved innleggelse til sykehus?

Det jeg kommer inn på i dette kapittelet er hvordan innleggelse på sykehus kan påvirke pasienten, hvordan helsepersonell på sykehuset kan gjøre oppholdet mindre risikofylt, og hvordan dette kan være med på å bidra til bedre og mer personsentrert omsorg.. Dette ved hjelp av god samhandling mellom omsorgsnivåene.

4.1 Innleggelse til sykehus

Når jeg nå har fått bekreftet at personer med demens er en utsatt gruppe ved sykehusinnleggelse, at risikoen for ikke-optimal-pleie er stor, og at faren for å utvikle ytterligere kognitiv svikt og for å dø under/rett etter utskrivelse, eller forholdsvis kort tid etter utskrivelse er forholdsvis stor, mener jeg at dette kan gå på holdninger og for lite kompetanse innen demensomsorg hos helsepersonell og ledelse. Dette gjelder både for personell fra helseforetak og den kommunale helsetjenesten. Risikoene bekreftes i en kohortstudie av Sampson, Blanchard, Jones, Tookman og King (2009). Forskningen her viser at personer med demens hadde høyere dødelighet under og etter en sykehusinnleggelse enn de som ikke hadde demens. Dødeligheten var høyest hos pasientgruppen med alvorligst kognitiv svikt.

Rokstad (2008, s 69) hevder at helsepersonells holdninger i forhold til personer med demens er preget av ...samfunnets rådende strømninger.... At vi vil bli påvirket av fremstillinger og beskrivelser av denne pasientgruppen fra andre, også kolleger. Dette vil da også gjelde for helsepersonell på sykehus og i kommunehelsetjenesten. Jeg mener at hvis vi skal klare å yte en helhetlig sykepleie til alle pasienter må vi respektere det enkelte menneskets liv og iboende verdighet, og at vi skal til enhver tid være profesjonelle og handle til pasientens beste.

Personer med demens kan bli innlagt på medisinsk avdeling med for eksempel forverrelse av en kronisk sykdom eller høye infeksjonsmarkører, de kan være uklare og akutt forvirret, eller en ...”formørkelse af bevidstheden”... som Kitwood (1999, s. 42) har beskrevet det. Jeg ser da at det ofte kan være vanskelig å kommunisere med pasienten, både på grunn av

en allerede kognitiv svikt, og fordi de kanskje er ytterligere kognitivt svekket av for eksempel en infeksjon. Jeg mener det da er fare for at personen med demens blir depersonalisert av helsepersonell, at personen med demens blir umyndiggjort, som i ...”ondartet socialpsykologi”... som Kitwood (1999) sier det. Det vil si at personen med demens ikke får gitt uttrykk for sine evner, og heller ikke bruke dem. Det er da viktig at vi som ikke kjenner personen, ser PERSONEN med demens og akutt sykdom, ikke bare sykdom og demens. Hvis det da ikke følger med tilstrekkelig informasjon om pasienten fra sykehjemmet, kan dette vanskeliggjøre kommunikasjonen for helsepersonell på sykehuset.

Ved mottak av en akutt syk pasient gjøres en tiagering av pasienten ut i fra det kliniske bildet og anamnesen av sykepleier. Det gjøres forskjellige målinger og vurderinger. I tillegg blir det gjort et mottak med inntaksvurdering/anamnese av lege, det blir forordnet blodprøver og ofte en eller annen form for røntgenundersøkelse. Det er altså mange forskjellige personer som håndterer pasienten allerede ved inntak. Jeg mener det er i denne fasen fokus på at dette er en pasient som trenger behandling, men det er også i denne fasen det blir synliggjort at det kan være en utfordring for personer med nedsatt kognisjon å bli innlagt på sykehus.

Når jeg vet at pasienten ofte er forvirret ved akutt sykdom, kan sykehusinnleggelsen være medvirkende til forverring av den mentale statusen. Eldre personer med demens i moderat eller alvorlig grad er en spesielt sårbar gruppe, de har redusert evne til å ha oversikt når mange ting skjer samtidig (Engedal & Haugen, 2009). Jeg mener derfor det er en risiko for at alle deres behov ikke blir dekket. Det er riktignok individuelle forskjeller hos denne gruppen ut i fra livshistorie og personlighet som i befolkningen ellers, men jeg har erfart at dette er en gruppe mennesker som i mindre grad enn andre klarer å ta initiativ til å få det de trenger når de trenger det. Dette fordi denne pasientgruppen har redusert evne til kommunikasjon og en svekket rasjonalitet, som gjør at deres mulighet til å bidra i kartlegging og diagnostisering av fysiske plager reduseres. De har i mindre grad enn personer som ikke har kognitiv svikt, evne til å gi en konkret beskrivelse av smerter eller ubehag, som igjen kan være symptomer på somatiske lidelser (ibid.).

Når pasienter med demens kommer fra sykehjem til akuttmottak blir det utført tiltak som pasienten overhodet ikke kjenner igjen. Dette foregår i et miljø med stort tempo og mange lyder og inntrykk. Det er fokus på at pasienten skal behandles, eller som Martinsen

beskriver det; - det utføres *vekstomsorg*. Det vil si at omsorgen eller tiltakene som gjøres skal gi pasienten eller mottakeren av tiltakene, mer selvhjulpenhet (Martinsen, 2003).

I Selbæks (2006) "Leder" i Tidsskrift for den Norske legeforening, hevder han at utredning og behandling av somatisk sykdom hos personer med demens kan være en utfordring for sykehusene. Kortvarige opphold eller polikliniske konsultasjoner er ofte ikke tilpasset behovene til pasienter med demens. Kanskje er pasienten allerede ved innkomst urolig og utagerende, noe som kan være vanskelig å håndtere i en effektiv sykehusdrift.

For å få et bilde av om det er sammenheng mellom innleggelse på sykehus, demens, delirium og dødelighet under eller kort tid etter et sykehusopphold, har jeg inkludert studie som har fokus på personer med demens eller eldre personer over 65 år, som blir akutt innlagt på sykehus. I en studie av Piasini, Murphy, van Ness, Araujo og Inouye (2007) var målet å kartlegge hvor stor del av pasientene som utviklet delirium innen 48 timer etter innleggelse ved en medisinsk intensivavdeling. Når jeg nå vet at delirium er noe som ofte opptrer hos personer med demens med akutt sykdom, mener jeg at studien gir et bilde som er svært vesentlig når det skal vurderes om pasientens skal legges inn på sykehus. I denne studien ville de identifisere hvilke egenskaper som gav størst risiko for delirium i løpet av de første 48 timene etter innleggelse. Av 70,4 % av pasientene som utviklet delirium i løpet av de første 48 timene, var det pasientene med demens som gav høyest risiko for å utvikle delirium. Dette var riktig nok en studie som gikk på personer som var innlagt på en intensivavdeling, hvor pasientene ofte har behov for intensiv overvåkning på grunn av alvorlig sykdom, men jeg mener at dette er overførbart i mange tilfeller på avdelingen jeg jobber. Dette fordi personer med demens med alvorlig sykdom også blir direkte innlagt på vanlig sengepost.

4.2 Omsorg til personer med demens innlagt på sykehus i et samhandlingsperspektiv

Martinsen (2003) beskriver omsorg som relasjonell, praktisk og moralsk. Når det gjelder personer med demens blir både den relasjonelle, praktiske og moralske omsorgen viktig i forhold til utøvelsen av den omsorgen som blir gitt til pasienter på sykehus.

Jeg mener at hvis samarbeidet mellom omsorgsnivåene skal kunne fungere optimalt, må vi som helsepersonell, uansett omsorgsnivå, kunne vise relasjonell omsorg til hverandre. Vi må kunne gi hverandre gjensidig anerkjennelse og forståelse i vår daglige praksis til beste for pasienten. Som helsepersonell skal vi, uansett omsorgsnivå, ha pasienten i fokus. Vi skal kunne handle praktisk, og ettersom både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har ansvar for den svake, mener jeg at vi jobber ut i fra de samme normer og regler, og vi skal jobbe ut i fra de samme moralske prinsipper. I forhold til pasienten mener jeg at relasjonell omsorg mellom en akutt syk person med demens innlagt på sykehus og sykepleieren kan bli vanskelig. Dette fordi pasienten og sykepleieren ikke vil kjenne hverandre godt nok til å stå på samme nivå. Som sykepleier har jeg derimot ansvar for den svake pasienten med demens, og handlingen mine skal være moralsk korrekte til beste for denne pasienten.

Austgard (2010) hevder at Martinsens omsorgsfilosofi kan tolkes som enten universell eller profesjonell. Den *universelle omsorgen* er den omsorgen som vi gir helt naturlig til en annen, og hvor den omsorg vi gir, er å handle til den andres beste. Dette er impulsivt og situasjonsbetinget, og kan ikke bestemmes på forhånd. *Profesjonell omsorg* er den omsorgen vi gir som sykepleiere. Denne omsorgen baseres på den universelle omsorgen, men også på faglig kunnskap og innsikt. Å gi omsorg til svake, ikke selvhjulpne mennesker, er helt sentralt i den profesjonelle omsorgen, og jeg mener at personer med demens innlagt på sykehus dekkes av denne betegnelsen. I tillegg mener jeg i forhold til den personsentrerte omsorgen også er viktig å gi universell omsorg, men hvordan kan jeg som sykepleier klare å gi universell, personsentrert omsorg hvis jeg ikke vet noe om personen?

Kitwood (1999) beskriver fem behov som blir spesielt framtrendende når personer med demens blir stresset og presset som ved for eksempel innleggelse på sykehus, og det er behovet for trøst, tilknytning, inkludering, sysselsetting og identitet. Disse fem behovene er som fem deler i behovet for kjærlighet eller aksept. Ved innleggelse til sykehus er det ofte manglende informasjon om pasienten. Informasjonen som følger pasienten har ofte kun fokus på den akutte sykdommen, og ikke PERSONEN med demens og akutt sykdom. Jeg mener at det er her samhandlingen eller samarbeid mellom omsorgsnivåene er viktigst. At for å kunne gi *trøst* til personer med demens, er det en fordel å vite hvilke tiltak som har

effekt når pasienter med demens forandrer adferd som følge av akutt sykdom og stresspåvirkninger (ibid.).

I forhold til *tilknytning* blir pasienter med demens flyttet fra et miljø på sykehjemmet, der de er kjent, til et ukjent miljø på sykehuset. De opplever et miljøskifte som gjør at de kan få en fornemmelse av at "sikkerhetsnettet" rundt dem blir borte. Når pasienter med demens mister følelsen av tilhørighet, aktiveres tilknytningsbehovet.

Når det gjelder *inkludering* mener jeg at sykehusinnleggelse nærmest kan bli som en "straff" for personer med demens. De "mister" personene de kjenner på sykehjemsavdelingen og det kjente miljøet rundt dem. Hvordan skal vi som sykepleiere klare å dekke behovene for inkludering til personer med demens ved en sykehusavdeling? Jeg mener at det ikke bestandig er enkelt. Dette fordi det ofte er et høyt tempo på avdelingen, hvor man må ha fokus på flere akutt syke samtidig. Det blir ofte liten tid til å ta seg av de personene som trenger tett personkontakt godt nok, som personer med demens, som egentlig kanskje burde hatt en person hos seg hele tiden.

Å holde personer med demens *beskäftiget* på en sykehusavdeling mener jeg kan la seg gjennomføre til en viss grad, men igjen er det viktig å vite hva personen gjerne lar seg beskäftiges av. Hvis vedkommende liker å legge kabal, eller slappe av i en god stol e.l.l. så er dette tiltak som er enkle å legge til rette for ved avdelingen.

I forhold til å få en bekreftelse på *identitet* mener jeg igjen det er viktig å vite noe om bakgrunnshistorien (Webster, 2011) eller livshistorien (Kitwood, 1999) til personen det gjelder. Dette for å kunne bruke dette terapeutisk i samtale med pasienten. Det er viktig å kunne ivareta denne personen på et tidspunkt der opplevelser av at egen identitet, egenverd og selvstyring er alvorlig truet. I følge Rokstad (2008) vet en foreløpig lite om personer med alvorlig demens er bevisst sin egen identitet, at dette kommer an på hvordan omgivelsene tilrettelegger for å minne på. Derimot er det i følge Sabat i Rokstad (2008) stor sannsynlighet for at de er bevisst den personlige identiteten som; jeg, meg, mitt og mine. Dette gjør at det er av stor betydning at helsepersonell på sykehus har god bakgrunnsinformasjon om pasienter med demens som blir innlagt på sykehus. Dette kan bidra til at kommunikasjonen med pasienten går lettere. At det å snakke om noe som kan

være kjent, kan gjøre at pasienten føler seg forstått, og som igjen kan medføre at hele oppholdet blir mindre stressende.

Personsentrert omsorg stiller store krav til omsorgsgiveren. Omsorgsgiveren må ha evnen og tid til virkelig å være til stede og gi personen med demens full oppmerksomhet (Rokstad, 2008). Maktbalansen må forflyttes. Den paternalistiske holdningen som i mange tilfeller bevisst/ubevisst utøves av helsepersonell, og som kan være spesielt lett å ty til i forhold til bl.a. personer med demens, mener jeg må byttes ut med personsentrert omsorg.

4.3 Hvordan kan økt kompetanse bidra til bedre omsorg til personer med demens?

For å kunne gi best mulig omsorg, viser også forskning at personsentrert omsorg er spesielt effektivt for personer med demens, og at personsentrert omsorg viser seg å ha god effekt til personer med demens innlagt akutt til sykehus; - bedre effekt enn tradisjonell pleieomsorg (Hoe & Thompson, 2010; Webster, 2011). For å kunne gi personsentrert omsorg, mener jeg det er viktig at helsepersonalet har tilstrekkelig kompetanse innenfor emnet demens og personsentrert omsorg. Det å gi omsorg og det å se personen bak sykdommen, er en vesentlig del av det å være sykepleier, men det å heve kompetansen vil kunne endre pleiepersonels holdninger til denne pasientgruppen. Vi skal uansett gi omsorg relasjonelt, praktisk og moralsk, i følge Martinsen (2003). Vi skal respektere det enkelte menneskes liv, i boende verdighet, ha barmhjertighet, gi omsorg og ha respekt for menneskerettighetene (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011). Dette er selve grunnsteinene i utøvelsen av sykepleie, men ved å heve kompetansen i forhold til personer med demens med akutt sykdom, kan dette være med på å bidra til at denne pasientgruppen får den omsorgen de har behov for.

Mer fagkunnskap innen emnet demens, geriatri og psykiske helse, vil gjøre at vi enda bedre lykkes i utøvelsen av sykepleie til denne pasientgruppen ved en sykehusinnleggelse. Det kreves et annet fokus i omsorgen, der PERSONEN med demens med akutt sykdom skal være fokuset (Kitwood, 1999), og ikke bare den akutte sykdommen. Også hos de sentrale myndigheter pekes det på at kompetansen må styrkes i forhold til denne pasientgruppen. Det skal sikres tilgang til tilstrekkelig, kompetent helsepersonell innen psykisk helse, geriatri og demenssykdommer i følge Demensplan 2015 (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2012). Det jeg har erfart er at kompetansen innen helsevesenet ikke er dekket per i dag, selv om jeg vet at det har pågått en bred satsning for å heve kompetanse innen det kommunale helsevesenet. Jeg mener det kreves flere spesialister blant alle faggrupper i den kommunale helsetjenesten, men også mer kompetanse blant helsepersonell på sykehus, slik at hjelpetilbudet blir preget av kontinuitet og individuell tilpasning, og slik at det blir samsvar mellom pasientenes behov og omsorgen som gis også på dette omsorgsnivået ved akutt sykdom.

4.4 Hvordan kan samarbeid med kommunehelsetjenesten bidra til bedre omsorg til personer med demens ved akutt sykdom?

Det har vært et prinsipp i det norske helsevesen som sier at alle skal behandles på lavest effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). Ved dette prinsippet eller hierarkiet, blir omsorgsnivåene gradert, der spesialsithelsetjenesten med alle sine spesialister (leger) står øverst i pyramiden, deretter kommer allmennlegene, og neders står sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter osv (Valset, 2005).

Jeg mener LEON-prinsippet fortsatt er gjeldene etter innføring av Samhandlingsreformen, ved at spesialisthelsetjenesten skal bli enda mer spesialisert, men i tillegg skal det også satses på flere spesialister ute i kommunene i følge de helsepolitiske målene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Å øke kompetansen ute i kommunen medfører at kommunene i større grad skal kunne utføre flere oppgaver som spesialisthelsetjenesten utfører per i dag. Det satses på økt kommunal innsats for å redusere presset på spesialisthelsetjenesten, det er blitt gjort en rolleforskyvning. Regjeringen har overført midler fra spesialsithelsetjenesten til kommunene, og med det mer ansvar til den kommuneøkonomiske styringsrollen. Dette i form av et medfinansieringsansvar i forhold til pasienter som legges inn til sykehus, kommunene har fått det økonomiske ansvaret for pasienter som er utskrivingsklare og spesialisthelsetjenesten har fått økt sin rammefinansiering (ibid.). Dette skal da medføre at alle pasienter får rett behandling – på rett sted – til rett tid, også personer med demens.

Med Samhandlingsreformen er det altså overført økonomiske midler fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, slik at kommunene skal ta mer ansvar for den akutt

syke, i dette tilfellet personer med demens. Her blir pasientene først vurdert i den kommunale helsetjenesten, hvor det skal settes i gang behandling hvis det er tilrådelig. Med dette blir pasientene tatt hånd om i det miljøet de bor, og i forhold til denne pasientgruppen mener jeg det blir gitt vedlikeholdsomsorg. Vedlikeholdsomsorg hevder Martinsen (2003), er knyttet til vedlikehold, tilstand og til tilbakegang. Dette er omsorg gitt til personer som ikke er forventet selvhjulpne eller uavhengige. Målet med vedlikeholdsomsorg er å unngå forverring eller opprettholde funksjonsnivået (ibid.).

Ranhoff og Linnsund (2005), hevder at innleggelse til sykehus tidlig i sykdomsforløpet har bedre prognose enn sent i sykdomsforløpet, men de hevder også at innleggelse av skrøpelige eldre ikke bare har positive effekter. Dette fordi sykehusinnleggelse øker risikoen for blant annet delirium, ytterligere funksjonstap og økt dødelighet.

Blir det vurdert at den akutt syke personer med demens må innlegges på sykehus, mener jeg det er behov for en spesialistvurdering, både innen somatikk og geriatri. De trenger også hjelp av ikke-medisinsk personale, som sykepleiere med spesialistutdanning. Jeg mener derfor at personer med demens har behov for spesialister innenfor demensomsorg fra alle faggrupper, der alle samarbeider.

Hvis vi fra de forskjellige omsorgsnivåene ikke klarer å samarbeide, mener jeg at vi med det kan påføre pasienten unødig lidelse. Hvis vi skal fortsette med det Lauvås & Lauvås (2004) kaller revirtenkning, er vi på villspor. Med revir tenker jeg her at et omsorgsnivå oppviser nærmest en front mot et annet omsorgsnivå, og ikke evner å samarbeide. Jeg mener riktignok at det er helt nødvendig at det følger med pasienten nødvendige opplysninger for å kunne gi best mulig personsentrert omsorg, men jeg har erfart at dette ikke er realiteten. Jeg vet at en innleggelsessituasjon av akutt syk pasient vil være stressende for pleiepersonalet i den kommunale helsetjenesten, så det å få sendt med alle opplysninger kan bli en utfordring. Jeg mener at dette vil gå mer smidig når vi får et felles helsenett, og det blir en realitet det Helse- og omsorgsdepartementet satser på innen IKT innen helsevesenet med "En innbygger – en journal. Da vil nødvendige helseopplysninger følge pasienten gjennom hele pasientforløpet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

5.0 Konklusjon

Samhandlingsreformen”, ”Glemsk, men ikke glemte” og Demensplan 2015, “Den gode dagen” gir klare føringer for hvilke mål man vil oppnå innen demensomsorgen i Norge. Hva det skal være fokus på i forhold til personer med demens. Allikevel opplever vi som jobber innen helseetaten at de syke eldre, med eller uten demens, er en gruppe som lett kan bli tapere i helse-Norge også etter 2015, selv om det gjøres mye i de sentrale styringsorganer for å rette på dette. Den ene stortingsmeldingen/handlingsplan/veileder/melding etter den andre om helse og omsorg legges fram, og føringer for hvordan helseomsorgen skal gjennomføres, produseres i massevis. Som det står skrevet i Meld. St. 10 (2012-2013), har regjeringen store ambisjoner og det skal satses ytterligere på forbedring. Dette er hva de håper blir realiteten på regjeringsnivå.

I forskning som har vært utført viser det seg at faren for forverring av den kognitive funksjonen er stor under sykehusinnleggelse for personer med demens. Det viser også at dødeligheten er stor både under oppholdet på sykehuset og opptil 12 måneder etter utskrivelse. Det å gi denne pasientgruppen ”Rett behandling – på rett sted – til rett tid” er uansett noe det må være stort fokus på også for helsepersonell. Dette for ikke å påføre denne pasientgruppen ytterligere lidelser og for tidlig død i forbindelse med akutt sykdom. Dette kan bli en utfordring i forbindelse med “eldrebølgen” og et økende antall personer med demens, at behovet og tilbudet ikke står i forhold til hverandre. Det blir vanskelig å holde tritt med det økende behovet, selv om dette prioriteres høyt fra styrende organer.

Hvis Samhandlingsreformens intensjoner skal få de positive ringvirkningene som de styrende organer forespeiler, må vi kunne samarbeide på tvers av omsorgsnivåene. Jeg mener at hvis vi ikke gjør det, vil vi også i Norge kunne få forskningsresultater som sier at personer med demens som blir innlagt på sykehus, dør under eller kort tid etter akutt sykdom og innleggelse på sykehus, selv etter innføring av Samhandlingsreformen.

Det skal bli interessant etter hvert å se om samarbeidet mellom omsorgsnivåene blir optimale for alle pasientgrupper framover. Om intensjonene med Samhandlingsreformen holder stikk. Vi som helsepersonell må allikevel, uansett Samhandlingsreform eller ikke, gjøre vårt ytterste til at pasientgruppen personer med demens får den omsorgen de trenger og har krav på.

I forhold til forskning innen emnet personer med demens innlagt på sykehus, og hva god samhandling mellom omsorgnivåene kan bidra med i positiv retning, har jeg ikke funnet forskning fra norske forhold. Grunnen til at det finnes lite forskning innen emnet er jeg ikke sikker på, men jeg vet det er pågående forskning med fokus på demens. Ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse er det flere pågående studier, deriblandt studier i forhold til ikke-medikamentelle behandlingformer til personer med demens.

Kunnskapen jeg har tilegnet meg ved å skrive oppgaven, kan jeg ta med videre i mitt yrke som sykepleier. Det jeg har lært kan brukes ved undervisning av medkolleger ved både sykehuset og til annet helsepersonell for å forbedre praksisen overfor denne pasientgruppen. Som helsepersonell må vi ha store ambisjoner for at denne pasientgruppen får den behandlingen de trenger. Vi skal være der for pasienten for å kunne gi god omsorg til personen med demens, enten innen de kommunale helsetjenestene eller spesialisthelsetjenesten.

Den endelige konklusjonen blir at vi som helsepersonell fortsatt har en del å hente for å kunne gi optimal omsorg til personer med demens. Vi skal allikevel med de gode føringer som gis/har blitt gitt gjennom styrende organer, økt kompetanse, overbærenhet, gjensidig respekt, anerkjennelse og god sykepleieholdninger, vil kunne få til et godt samarbeid, og skal kunne gi god omsorg, uansett form.

6.0 Litteraturliste

- Austgard, K. (2002). *Omsorgsfilosofi i praksis: Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag AS.
- Axelsson, S. B. & Axelsson, R. (2009). Altruisme i tverrprofesjonelt samarbeid og ledelse. I E. Willumsen (Red.). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. (s. 104-115). Oslo: Universitetsforlaget.
- Berentsen, V. D. (2010). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold & K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 350 – 382). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bokmålsordboka (2010). Lokalisert på <http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=&bokmaal=+&ordbok=bokmaal>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- DiCenso, A., Bayley, L. & Haynes, R. B. (2009). Accessing preappraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Annals of Internal Medicine*. 151 (6), JC3-2. doi: 10.7326/0003-4819-151-6-200909150-02002
- Engedal, K. (2003). Demens og demenssykdommer. I K. Engedal & T. B. Wyller (Red.), *Aldring og hjernesykdommer* (s. 125-149). Oslo: Akribe AS.
- Engedal, K. (2008). *Alderspsykiatri i praksis: Lærebok*. (2. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2009). *Demens: Fakta og utfordringer: Lærebok* (5. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.
- Forskningsetikkloven, LOV-2006-06-30-56. (2007). Lokalisert på www.lovdata.no

- Hauvik, S. (2012). Etisk utfordrende å forske på demens. *Sykepleien*, 100(14), 65-67 doi: 10.4220/sykepleiens.2012.0150
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St. meld. Nr. 47, 2008-2009). Oslo: Departementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. (Meld. nr. 16, 2010-2011). Oslo: Departementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Demensplan 2015 “Den gode dagen”*: Revidert handlingsprogram for perioden 2012-2015. Oslo: Departementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Èn innbygger – èn journal: Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. (Meld. St. 9, 2012-2013). Oslo: Departementet.
- Helse- og omsorgstjenesteloven, LOV-2011-06-24-30. (2011). Lokalisert på www.lovdata.no
- Helsinkideklarasjonen (2008). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Lokalisert på [http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage])
- Hjernås, G. & Vold, B. (2011). På randen av samhandling. *Statistisk sentralbyrå*. <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/paa-randen-av-samhandling>
- Hoe J. & Thompson R. (2010) Promoting positive approaches to dementia care in nursing. *Nursing Standard*, 25 (4), 47-56. Lokalisert på <http://search.proquest.com/docview/757193672/fulltextPDF/13DE43AAC67760D9C59/1?accountid=42560>
- Hummelvold, J. K. (2006). *Helt – ikke stykkevis og delt*. (6. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Inouye S. K. (2006). Delirium in Older Persons. *The New England Journal of Medicine* 354,1157-1165 doi: 10.1056/NEJMra052321
- Jakobsen, R. (2007). *Ikke alle vil spille bingo: Om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens - personen kommer i første række*. København: Munksgaard.
- Lauvås, K. & Lauvås, R. (2004). *Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2008) . *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Lokalisert på <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekklistor+for+vurdering+av+forskingsartikler.2031.cms>
- Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (1999). Lokalisert på www.lovdata.no
- Piasini, M. A., Murphy, T. E., van Ness, P. H., Araujo, K. L. B. & Inouye, S. K. (2007). Characteristics Associated With Delirium in Older Patients in a Medical Intensive Unit. *Archives of Internal Medicine* 167(15), 1629-1634. Doi: 10.1001/archinte.167.15.1629
- Prioriteringsforskriften, FOR-2000-12-01-1208. (2000). Lokalisert på www.lovdata.no
- Ranhoff, A. H. (2008). Delirium - akutt forvirring. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk Sykepleie; God omsorg til den gamle pasienten* (s. 395-417). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Ranhoff, A. H. (2010). Delirium hos hjemmeboende eldre og eldre i sykehjem. *Utposten. Blad for allmenn- og samfunnsmedisin*. Lokalisert på http://www.utposten-stiftelsen.no/Portals/14/Utposten10/UP10_07/26_29_Delirium_Utp_7_2010.pdf
- Ranhoff, A. H. & Linnsund, J. M. (2005). Når skal sykehjemspasienter legges inn i sykehus? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125(13-14), 1844-7. Lokalisert på <http://tidsskriftet.no/article/1224080>
- Rokstad, A. M. M. (2008). Forståelse som grunnlag for samhandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.). *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 60-86). Oslo: Akribe AS.
- Samhandling (2013). I *Wikipedia*. Lokalisert 9. mai 2013, på <http://no.wikipedia.org/wiki/Samhandling>
- Sampson, E. L., Blanchard, M. R., Jones, L., Tookman, A. & King, M. (2009). Dementia in the acute hospital: prospective cohort study of prevalence and mortality. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 61-66. Doi:10.1192/bjp.bp.108.055335
- Sampson, E. L., Blanchard, M. R., Jones, L. & King, M. (2012). Survival of people with dementia after unplanned acute hospital admission: a prospective cohort study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Doi: 10.1002/gps.3919
- Saravay, S. M. et al. (2004). How Do Delirium and Dementia Increase Length of Stay of Elderly General Medical Inpatients? *Psykosomatics* 45(3), 235-242. Lokalisert på <http://search.proquest.com/docview/220326943/13DDA520CC953812091/3?accountid=42560>
- Shadlen, M.-F. & Larson, E. B. (2012). Evaluation of cognitive impairment and dementia. *UpToDate*. Lokalisert på www.uptodate.com
- Spesialisthelsetjenesteloven, LOV-1999-07-02-61. (2012). Lokalisert på www.lovdata.no

- Selbæk, G. (2006). Demens – behov for et kvalitetsløft. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 126(10), 1892. Lokalisert på <http://tidsskriftet.no/article/1401564#reference-1>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Glemsk, men ikke glemt: Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens*. Oslo: Oslo Forlagstrykkeri AS.
- Thomas, C. et al (2012). Diagnosing Delirium in Older Hospitalized Adults with Dementia: Adapting the Confusion Assessment Method to International Classification of Diseases, Tenth Revision, Diagnostic Criteria. *The American Geriatrics Society*, 60, 1471-1477.
- Valset, S. (2005). Eldres livskvalitet og samfunnets rammefaktorer. I R. Nord, G. Eilertsen og T. Bjerkreim (Red.). *Eldre i en brytningstid* (s. 23 – 47). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Webster, J. (2011). Improving care for people with dementia in acute hospital: the role of person-centered assessment. *Quality in Ageing and Older Adults*, 12(2), 86-94. Lokalisert på <http://search.proquest.com/docview/890529566/fulltext/13DD9DAEFD478B19190/1?accountid=42560>
- WHO (2012). *Dementia: A Public Health Priority* http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458_eng.pdf
- Yang, F., Marcantonio, E., Inouye, S. K., Kiely, D. K. & Rudolph, J. L. (2009). Phenomenological Subtypes of Delirium in Older Persons: Patterns, Prevalence, and Prognosis. *Psychosomatics* 50(3), 248-54. Lokalisert på <http://www.search.proquest.com.roxy.helsebiblioteket.no/docview/220337107?accountid=35443>

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011). Lokalisert på

https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf