



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelsefag

Bachelor i sykepleie

Thea Marie Kamperud & Pia Emilie Kamperud

Veileder: Kari Kvigne

“Sammen er vi gode” - Sykepleierledet tverrprofesjonelt team

“Good together”- Nurse lead interprofessional collaborative team

Antall ord: 12 137

BASY 2013

Vår 2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Sammendrag

Tittel: “Sammen er vi gode” - Sykepleierledet tverrprofesjonelt team.

Hensikt: Andelen eldre personer i samfunnet øker, dette fører til at forekomsten av kroniske, aldersbetingede sykdommer som demens øker. Flere av disse vil ha behov for kyndig bistand fra sykepleiere, som samarbeider med andre yrkesgrupper. Hensikten med denne besvarelsen er å få innsikt i hvordan sykepleiere kan lede tverrprofesjonelle team for å sikre helhetlig omsorg for personer med en demenssykdom som bor i eget hjem.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleierledede tverrfaglige team sikre god helhetlig omsorg for pasienter med demens i hjemmet?

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie basert på forskningsartikler, pensumlitteratur og relevant faglitteratur.

Teori: Vi har valgt ut relevant teori som bidrar til å belyse ulike sider av problemstillingen. I teorien presenterer vi hvordan det er å leve med en demensdiagnose og gir eksempler på hva sykepleieren kan yte sammen med andre yrkesgrupper for å gi helhetlig pleie til denne pasientgruppen. Vi presenterer to sykepleieteorier, egenomsorgsteorien av Dorothea Orem og omsorgsteorien til Kari Martinsen.

Sammendrag: Besvarelsen gir noen svar på hvordan sykepleierledet tverrfaglig team kan jobbe sammen for å gi helhetlig omsorg til hjemmeboende pasienter med demenssykdom. Forskning viser at tverrfaglig samarbeid skaper en mer helhetlig tjeneste preget av kvalitet, med større fokus på brukermedvirkning og aktivitet for å skape flere gode øyeblikk og en meningsfull hverdag.

Nøkkelord: Sykepleie, tverrprofesjonelt samarbeid, team, demens, hjemmesykepleie, helhetlig tjenestetilbud, brukermedvirkning.

Vedlegg 1: PICO-skjema.

Vedlegg 2: Søkelogg.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	4
1.1 Bakgrunn med begrunnelse for valg av tema	4
1.2 Sykepleierfaglig perspektiv	5
1.3 Personlig interesse	5
1.4 Presentasjon av problemstilling	5
1.5 Avgrensning og presisering	6
1.6 Hensikt med oppgaven.....	6
1.7 Oppgavens struktur	7
1.8 Begrepsavklaring	7
2.0 Metode	8
2.1 Hva er metode?	8
2.2 Litteratursøk.....	8
2.3 Utvelgelseskriterier og kildekritikk	9
2.4 Ethiske overveielser	10
3.0 Teoribakgrunn.....	11
3.1 Å leve med demens	11
3.2 Helhetlig omsorg for personer med demens	15
3.3 Dagens demensomsorg	17
3.4 Tverrfaglig helseteam	19
4.0 Forskning og funn	24
4.1 Presentasjon av forskning	24
4.2 Funn	26
5.0 Diskusjon	28
5.1 Hvorfor er sykepleieren ideell som teamleder?	28
5.2 Faktorer som hemmer og fremmer samarbeid	30
5.3 Helhetlig omsorg til personer med demens	32
6.0 Oppsummering.....	38
7.0 Litteraturliste.....	39
8.0 Vedlegg.....	43
8.1 Vedlegg 1: PICO-skjema	43
8.2 Vedlegg 2: Søkelogg.....	44

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn med begrunnelse for valg av tema

Fram mot år 2050 vil antall eldre øke betydelig, samtidig vil ikke andelen yrkesaktive øke nevneverdig grunnet lav befolkningsvekst. Grunnet lang levetid blant de eldre ser en at aldersrelaterte sykdommer i befolkningen vil øke, der i blant demens. Det er forventet at antall personer med en demenssykdom vil fordobles frem til 2035. Sett i lys av dagens helsetjeneste vil nærmere halvparten trolig ha behov for sykehjems plass. Dette er plasser helse-Norge ikke har og det må derfor ses på flere muligheter for å løse dette. Dette øker presset mot den norske helsesektoren og presser fram krav om større effektivitet og kvalitet i de tjenestene som ytes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Forskning viser at det er potensiale til å øke effektivitet og kvalitet i kommunene. Utfordringene i den kommunale helse- og omsorgssektoren er mange, blant annet lav ressurstilgjengelighet, på grunn av svak rekruttering til kommunene, manglende kompetanse og samarbeid mellom ulike tjenester. Dette står i strid med helsetjenestens mål om helhetlig, kompetent omsorg til alle med behov for helse- og omsorgstjenester, og dette krever omstilling av hjemmetjenesten for å kunne imøtekomme de stadig mer komplekse sykdomsbildene en møter hos hjemmeboende pasienter. En av hovedutfordringene for den nåværende og framtidige helsetjenesten er å gi gode tilbud til hjemmeboende personer med demens. Vi vet at personer med en kronisk sykdom som for eksempel demens, er en av taperne i dagens helsetjenester. De får ikke den helhetlige hjelpen de har behov for, derfor er det behov for en annen type og en mer tverrprofesjonell oppfølging for personer med slike omfattende behov. Denne utviklingen stiller krav til økte ressurser, kompetanseutvikling og samarbeid i den kommunale hjemmetjenesten. Tverrfaglighet eller tverrprofesjonalitet er nødvendig hos en slik brukergruppe fordi en tjenesteyter alene ikke har nok kompetanse til å imøtekomme brukerens progredierende behov. Flere har behov for mer bistand enn hva hjemmetjenestene kan tilby og flere aktører må inn i samarbeidet for å gi et mer helhetlig tilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a).

1.2 Sykepleierfaglig perspektiv

Vi har valgt å legge fokus på pasienter med demens fordi dette er en pasientgruppe i økende omfang, med komplekse utfordringer som alle sykepleiere vil møte i sin utøvelse av profesjonen. Styringsdokumenter og ulike lovverk innenfor helse og pasientrettigheter fremmer at samarbeid mellom ulike profesjoner er en del av løsningen for å imøtekomme denne sammensatte pasientgruppen. Blant annet setter Samhandlingsformen krav om at sykepleiere skal samarbeide med relevante profesjoner for å utvikle et helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Som sykepleier har en kompetanse til å bidra inn og lede samarbeidet rundt pasienten. Vi trekker frem at sykepleierens nære omgang med pasienten i det daglige gjør det naturlig å trekke frem sykepleieren som koordinator for arbeidet. Vi ser for oss i fremtiden at kunnskap om og evne til å lede et tverrprofesjonelt samarbeid vil bli ettertraktet kunnskap for en fremtidig kommunehelsetjeneste.

1.3 Personlig interesse

Vi ønsker å skrive om sykepleieledet tverrprofesjonelt team til personer med demens på bakgrunn av erfaringer vi gjorde oss i hjemmesykepleiepraksis. I denne praksisperioden var vi en del av et tverrfaglig samarbeidsprosjekt hvor vi som studenter fra ulike yrkesprofesjoner gikk sammen for å lære mer om vår egen yrkesgruppes ansvar og oppgaver, og om andres yrkeskompetanse. I dette prosjektet deltok to sykepleierstudenter fra ulike trinn og skoler, en vernepleierstudent og en ergoterapistudent. I denne praksisen opplevde vi at de ulike yrkesgruppene observerte ulike behov og vurderte ulikt. På bakgrunn av dette så vi betydningen av tverrprofesjonelt samarbeid for å gi gode og helhetlige tjenester til pasienter i hjemmesykepleien.

1.4 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleierledede tverrfaglige samarbeid sikre god helhetlig omsorg for personer med demens i hjemmet?

1.5 Avgrensning og presisering

Vi tar for oss eldre pasienter med demenssykdom. Vi har valgt å ikke skille omsorg til ulike typer og grader av demens da forskningen og faglitteraturen vi har funnet ikke gjør dette. Vi har valgt å omtale personer med demens i hjemmetjenesten som pasienter fremfor brukere fordi loven definerer en pasient som en person som etterspør, mottar eller får tilbudt helsehjelp fra helsepersonell. Helsehjelp omfatter handlinger som forebygger og bevarer helse, diagnostiserer og behandler sykdom, samt rehabilitering, pleie og omsorgstjenester gjennomført av helsepersonell (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Vi henviser i teksten til “sykepleiere”, med dette mener vi sykepleiere med grunnutdanning. Vi har valgt å bruke begrepet tverrprofesjonelt samarbeid synonymt med tverrfaglig samarbeid i denne oppgaven.

Oppgaven skal belyse hvordan et sykepleierledet tverrfaglig team kan samarbeide for å tilby gode helhetlige tjenester til hvert enkelt individ i denne pasientgruppen. Med dette mener vi sykepleiere i hjemmesykepleien som samarbeider med andre yrkesgrupper for å yte en mer helhetlig tjeneste. Teamet er sammensatt av profesjoner som svarer til den enkelte brukers behov og vi mener at denne arbeidsgruppa skal yte den praktiske helsehjelpen til pasienten. Oppgaven har ikke til hensikt å skildre hvordan et kommunalt demensteam arbeider, da dette fungerer mer som et mobilt utrednings- og oppfølgingsteam slik vi tolker det.

Vi har valgt å belyse problemstillingen gjennom bruk av to sykepleieteoretikere med teorier som utfyller hverandre. Sykepleieteoretikerne vi trekker frem som relevante for denne besvarelsen er Dorothea Orem med sin egenomsorgsteori og omsorgsteori av Kari Martinsen. Orem's egenomsorgsteori omhandler individets grunnleggende behov og hvordan vi som sykepleiere kan kompensere for pasientens egenomsorgssvikt. Vi har valgt Kari Martinsens teori på bakgrunn av hennes beskrivelse av omsorg, samspill og interaksjon mellom pasient og sykepleier.

1.6 Hensikt med oppgaven

Vi vil se på muligheter for hvordan sykepleierledet tverrfaglig team kan sikre god helhetlig omsorg for hjemmeboende pasienter med demens i kommunale hjemmetjenesten. Vi ønsker også innsikt i hvilke profesjoner som kan inngå i et slikt samarbeid og hvilke faktorer som har betydning for samarbeidet.

1.7 Oppgavens struktur

I kapittel 1 presenteres oppgavens bakgrunn for oppgaven og innledning. Videre i kapittel 2 presenteres metoden som er benyttet. I besvarelsens 3 kapittel presenteres det teoretiske grunnlaget som vi har benyttet for å belyse og diskutere problemstillingen. I 4. kapittel redegjør vi for aktuell forskning og funn. Vi drøfter funn og erfaringer opp mot fagkunnskap i kapittel 5. Til slutt i kapittel 6 oppsummerer vi oppgaven.

1.8 Begrepsavklaring

Begrepet tverrprofesjonelt samarbeid har vært kjent i flere tiår, men vi har opplevd i praksis at det fremdeles er slik at ulike yrkesgrupper definerer dette begrepet ulikt og bruker terminologi om hverandre. Det finnes mange definisjoner. Vi har valgt å ta for oss en definisjon hentet fra Lauvås og Lauvås (1994):

Tverrfaglig samarbeid er interaksjon mellom representanter fra ulike fag med et dobbelt formål: Sikre kvalitet i arbeidet ved at den samlede faglige kompetanse blir utnyttet maksimalt, og utvikle et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fag, og stimulere til faglig utvikling innen de bidragende fag (s. 47).

2.0 Metode

2.1 Hva er metode?

“En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder” sa Vilhelm Aubert (1972, s. 196).

En metode er altså et redskap som forteller noe om hvordan en ønsker å gå frem for å innhente eller etterprøve kunnskap. Metoder i forskning kan både være kvalitative eller kvantitative. Ved kvalitativ forskningsmetoden ønsker en å se på meninger og opplevelser som ikke kan fremstilles i statistiske tall eller måles. Ved kvantitativ metode fremkommer data i form av målbare enheter som tall og prosentandeler (Dalland, 2012). I oppgaven har vi valgt å ta for oss forskning med både kvalitativ og kvantitativ metode, dette fordi begge metoder bidrar på hver sin måte til å belyse problemstillingen. Oppgaven er en litteraturstudie i tråd med retningslinjene for bacheloroppgaven. Besvarelsen består av kunnskap innhentet fra forskning og faglitteratur, samt erfaringer fra egen praksis (Høgskolen i Hedmark, 2015).

Litteraturstudie som metode omhandler å bruke allerede eksisterende forskning og kunnskap om et bestemt tema. Utfordring knyttet til bruk av denne metoden er å finne forskning med god kvalitet, av nyere dato med relevans for tema. Litteraturstudie som metode vil kunne fremstille gode data og belyse vår problemstilling på en faglig interessant måte (Dalland, 2012).

2.2 Litteratursøk

Artikler

For å finne fram til relevant forskning lette vi fram relevante søkeord eller MESH-termer på databasen SweMed+. MESH-terminene vi fant og har benyttet oss av er: dementia, alzheimer, intervention, home-dwelling, collaborative care, primary care, tverrfaglig samarbeid. Disse søkeordene har vi benyttet i databaser som for eksempel Cinahl, Oria, PubMed, EBSCOhost og Brage. Vi fikk treff i både norsk og internasjonal forskning. Vi har valgt å strukturere søkeresultatene i et PICO-skjema, se vedlegg 1. Forskningsartiklene vi valgte å bruke er satt opp i en søkelogg, se vedlegg 2.

Bøker

Vi har funnet relevant faglitteratur gjennom søk i databasen Oria, vi brukte de samme søkeordene som ved søk etter forskningsartikler. Gjennom referanselistene i masteroppgaver har vi funnet flere primærkilder. Primærkilder er den opprinnelige kilden (Dalland, 2012). Vi har blitt inspirert til å finne primærkilder ved å lese offentlige styringsdokumenter og pensumlitteratur. Vi har også valgt å legge til en selvbiografi av McGowin for å illustrere pasientperspektivet bedre.

2.3 Utvelgelseskriterier og kildekritikk

Artikler

Da vi søkte etter artikler fikk vi flere treff, vi valgte ut aktuelle artikler ut i fra overskrifter og innhold i abstrakter. Vi så på om forskningen var relevant overfor problemstillingen og om den belyste ulike synspunkter. Videre så vi på om forskningen inneholdt fellestrekk innenfor den aktuelle pasientgruppen og arenaen, med overordnet fokus på tverrprofesjonelt samarbeid. Vi var bevisst tidsaktualitet og valgt derfor bort forskning eldre enn 10 år. Vi vurderte forskningens overføringsverdi til norske forhold. Vi var bevisste på at artikkelen av Callahan et al. (2006) er fra USA, og at helsesystemet i USA kan være ulik den norske praksisen.

Vi har sett på artikkelforfatternes evne til å kritisk dømme egen forskning og resultater, og om metodekapittelet er beskrevet på en slik måte at forskningen kan etterprøves. Artikkelen av Johannessen, Povlsen, Bruvik og Ulstein (2013) er fagfellevurdert. Dette betyr at artikkelen er kvalitetsvurdert av fagkyndige innenfor dette arbeidsfeltet (Dalland, 2012). Vi har valgt ut to mastergradsavhandlinger fra Norge, vi finner ikke at disse er fagfellevurdert, kun sensurert.

Likevel har vi valgt å inkludere studiene da disse fremstår som de er av høy kvalitet. Besvarelsen av Skadsheim (2013) er hentet fra HiØ Brage som garanterer at oppgaven har fått karakter C eller bedre.

To av artiklene er opprinnelige engelskspråklige, det tas høyde for at vår tolkning av teksten kan være noe upresis, men vi mener at vi har fått frem hovedinnhold i forskningen.

Faglitteratur

Vi har lagt vekt på troverdighet og relevans for problemstilling i vår utvelgelse av faglitteratur. Vi har i hovedsak kilder som er yngre en 10 år for å sikre dens gyldighet. Vi har benyttet pensumlitteratur og annen relevant faglitteratur lokalisert gjennom Oria. Noe er hentet fra pålitelige offentlige kilder som for eksempel stortingsmeldinger og lovverk. Vi bruker en blanding av primær og sekundær litteratur, vi har brukt primærkilder hvor dette har vært mulig. I beskrivelsen av sykepleieteoriene til Orem og Martinsen har vi benyttet sekundærlitteratur, dette betyr at det kan ha vært gjort tolkninger av den opprinnelige kildens tekst.

2.4 Etiske overveielser

I denne oppgaven bruker vi eksempler vi har opplevd i praksis, vi har valgt å anonymisere disse eksemplene gjennom å fjerne eller endre navn, beliggenhet, tidsrom og andre faktorer for å verne om taushetsbelagt informasjon. Masteroppgavene er vurdert i forhold til anonymisering av personopplysninger og begge har tilfredsstilt krav i henhold til personopplysningsloven. De resterende artiklene ble også godkjent av etiske komiteer, samt at alle deltakerne oppgav samtykke til å delta i forskningen før oppstart av prosjektet.

3.0 Teoribakgrunn

Begrepet demens er en fellesbetegnelse for en varig, progressiv tilstand preget av irreversibel eller kronisk kognitiv svikt, redusert hukommelse og tap av evne til å gjennomføre aktiviteter i dagliglivet. Tilstanden oppstår som et resultat av en skade eller ulike organiske sykdommer i hjernen. Diagnosen demens kan først stilles etter påvist eller sterk antagelse om organisk sykdom i hjernen, og etter utelukkelse av at endringen skyldes legemiddelinduserte bivirkninger, forgiftninger eller forvirringstilstanden delirium. (Engedal & Haugen, 2009).

3.1 Å leve med demens

Kognitive utfordringer

Hos pasienter med demens er oppmerksomhetsevnen nedsatt, dette påvirker evnen til å løse problemer og til huske. Oppmerksomhetsevnen påvirker også bevissthetsnivået, evnen til å konsentrere seg om en oppgave uten å avspores av distraksjoner svekkes. Pasienter med demens har også vanskeligheter med å skille mellom hva som er viktig og uviktig informasjon (Engedal & Haugen, 2009). Eksempler på hvilke utfordringer en slik oppmerksomhetssvikt kan medføre er vanskeligheter med å følge og føre sammenhengende samtaler, følge innholdet i TV- og radioprogrammer og bøker, samt matlagning (Berentsen, 2008). På grunn av manglende konsentrasjon og evne til å opprettholde oppmerksomhet opplever mange pasienter med demenslidelse endret døgnrytme på grunn av vanskeligheter med å holde seg våken på dagtid. Dette kan føre til oppvåkninger på natt eller vansker med innsøvning på kveldstid (Engedal & Haugen, 2009).

Et viktig kjennetegn ved demens er problemer med hukommelsen. Berentsen (2008) trekker frem at som følge av demenssykdommen kan pasienten ha problemer med tolkningen av sanseinntrykk, dette fordi tolkningen krever evne til hukommelse. Hukommelse innebærer å hente frem og være bevisst på det en tidligere har lært. Noe som gjerne kan skape vanskeligheter i hverdagen for pasienter med demens er at et blir stadig vanskeligere å huske nye sanseinntrykk. Pasienten sliter da med å tilvennes nye stimuli, eksempler på slik ny stimuli kan være å få besøk av hjemmesykepleien for morgenstell eller medisinutdeling. Både korttidshukommelsen og langtidshukommelsen er svekket hos pasienter med en demenssykdom. Evnen til å tenke fremover og planlegge ting som skal skje svekkes ved demens, et eksempel på hvordan dette påvirker hverdagen til den demenssyke er at vedkommende ikke husker at julehøytiden nærmer seg dette til tross for påminnelser fra omgivelsene. I tillegg kan pasienten

mangle evne til å planlegge og utføre juleforberedelser (Berentsen, 2008). Dette gjør det vanskeligere for pasienten å oppleve mening og til å skape forventninger da en ikke lengre husker hva en holder på med (Engedal & Haugen, 2009).

Vanskeligheter med språk ses ofte hos pasienter med demens, dette skyldes en hjerneskade (Engedal & Haugen, 2009). Språkproblematikken kalles afasi og kan manifestere seg på ulike måter og ofte ses en blanding av flere typer. Problematikken kan utspille seg forskjellig, for eksempel kan pasienten ha problemer med å forstå hva andre sier eller ha problemer med å uttrykke det en selv tenker (Berentsen, 2008). Språkproblematikken omfatter også å kunne lese og formulere tekst. Afasi kan også påvirke taleflyten i form av treghet, usikkerhet og gjentakelser (Engedal & Haugen, 2009). Dette danner en språkbarriere mellom samtalepartnerne. Pasienten kan forstå at samtalepartneren ikke forstår det vedkommende mener å si, og dette kan føre til fortvilelse både hos den demenssyke, men også deres samtalepartner. På denne måten ser vi at språkvanskene kan ha stor innvirkning på pasientens sosiale relasjoner og samhandling med medmennesker. Språkutfordringene henger i stor grad sammen med den psykiske helsen, fordi disse utfordringene kan medvirke til at pasienten isolerer seg på grunn av opplevelse av mangel på mestring. Depresjon er ikke uvanlig hos pasienter med afasi (Berentsen, 2008).

Noe som særlig påvirker pasienter med demens sin evne til å fungere i dagliglivet er evnen til å gjennomføre planlagte og tenkte handlinger. Pasienten sliter med å skape et fullstendig resultat som en følge av sviktende evne til å koordinere handlinger i naturlig rekkefølge, en handlingssvikt (Engedal & Haugen, 2009). Berentsen (2008) trekker frem borddekking som et naturlig eksempel hvor personen må koordinere flere handlinger, der en innhenter flere ulike deler som bestikk, tallerken og glass, og må sette disse i forhold til hverandre. Dette vil kunne være utfordrende for pasienter med en demenssykdom. Flere vil i tidlige stadier prøve å dekke over egen svikt ved å opprette systemer, men vil etter hvert glemme hvordan disse systemene fungerer (Berentsen, 2008). McGowin (1995) skriver i sin selvbiografi at hun benyttet en liste for å kontrollere bordoppdekkingen etter gjentatte episoder med forglemmelser. Dette henger sammen med den reduserte romsansen som påvirker hvordan pasienten ser forbindelser mellom gjenstander i sine omgivelser (Engedal & Haugen, 2009).

Som en følge av hjerneskaden ved demens kan pasienter oppleve å ikke kunne gjenkjenne eller klarlegge gjenstander til tross for et normalt fungerende sanseapparat. Dette kalles agnosi og kan ramme alle sanser, vi velger å trekke frem hvordan dette kan påvirke synet. Visuell agnosi

betyr at pasienten har et begrenset antall gjenstander han eller hun husker, agnosien kan også påvirke pasientens evne til å gjenkjenne ansikter (Engedal & Haugen, 2009). Tidlig i sykdomsforløpet kan pasienten ha oversikt over sine nærmeste familiemedlemmer. Pasienten kan forveksle de pårørende innbyrdes, men likevel gjenkjenne dem som familie. Senere i forløpet vil ikke alle pasienter rammet av demens kunne gjenkjenne seg selv eller sine nærmeste familiemedlemmer (Berentsen, 2008).

For mange pasienter med demens kan det være utfordrende å gjennomføre praktiske oppgaver og orientere seg i kjente og ukjente miljøer, eksempelvis kan pasienter med alvorlig svikt ha vanskeligheter med å orientere seg i egen bolig (Engedal & Haugen, 2009). Pasienter med demens kan også gå seg bort på handletur og ikke finne veien hjem (Berentsen, 2008). I dagliglivet kan mangelen på evne til å orientere seg i rom hindre pasientene i å gjennomføre aktiviteter de tidligere mestret, dette kan resultere i fortvilelse grunnet tap av evne (Engedal & Haugen, 2009).

Hos pasienter med demens svekkes også de intellektuelle evnene, tegn på intellektuell svikt kan være nedsatt evne til å tenkte abstrakt og ikke lengre være like fleksibel som tidligere. Dette vil komme tydelig fram i situasjoner hvor pasienten får nye oppgaver i hverdagen, men får vanskeligheter med å finne praktiske løsninger på disse. Den intellektuelle svikten blir også tydeliggjort i samtaler hvor pasienten ikke vil forstå den underliggende, abstrakte betydningen av samtalen, bare den umiddelbare meningen. Samtaler med ironi eller tvetydig innhold, samt meningen bak ordtak vil være forvirrende. Tidlig i demensforløpet endres også evnen til å forstå hvilke konsekvenser avgjørelser har og holde oversikt over omstendigheter utover nuet (Engedal & Haugen, 2009).

Atferdsendringer

Depresjon er en tilstand hvor pasienter affisert av demenssykdommen føler seg hjelpeløs, trist og sliter med å finne håp (Berentsen, 2008). Sinnstilstanden ses ofte hos pasienter med demens, nedsatt evne til å tilpasse seg tap og føle mestring trekkes fram som utløsende årsaker. Tidlig i demensforløpet er en bevisst på endring av egne roller, og tap av funksjoner og evner. Som en konsekvens av dette bevisstgjøres en om fremtidens usikkerhet og forestående tap (Engedal & Haugen, 2009).

Pasienter med demens kan ofte rammes av angst, og det kan være flere årsaker til dette. Som nevnt over mister pasienter med demens ulike evner etter hvert som sykdommen utvikles, tap av språk og tale utgjør en årsak til angst. Fordi pasienten ikke lenger mestrer å formidle sine behov og spørsmål verbalt. Andre årsaker kan være redusert opplevelse av mestring i aktiviteter en tidligere kunne, vansker med orientering og gjenkjenning av omgivelser og mennesker, smerter, depresjon og hallusinasjoner. Pasienten kan oppleve usikkerhet og mangel på kontroll over sin egen situasjon og framtid (Berentsen, 2008). Et eksempel hentet fra hverdagslivet kan være angsten og usikkerheten en kjenner på når ektefelle eller samboer skal ut og handle og en blir igjen alene hjemme. For en pasient med demens kan informasjonen om hvor ektefellen skulle og hvor lenge han skulle bli borte raskt glemmes, dette kan skape en usikkerhet om hvor lenge han blir før han kommer tilbake, hvor han befinner seg eller om han i det hele tatt kommer tilbake. Flere kan kjenne seg forlatt når de ikke har ektefellen å holde fast ved. I enkelte situasjoner hvor den demenssyke føler seg truet og sint, mangler forståelse eller prøver å forsvare seg eller flykte kan de oppleve en katastrofereaksjon hvor angsten preges av panikk (Engedal og Haugen, 2009).

Alle pasienter med demens kan oppleve hallusinasjoner, vrangforestillinger eller illusjoner, uavhengig av type. Som følge av tidsforskyvning vil pasienten kunne få tanker om at familiemedlemmer kommer på besøk til tross for at de har avgått med døden. Dette kan være et tegn til savn eller at pasienten fyller inn tomrom i hukommelsen med hendelser fra andre situasjoner eller ut i fra fantasi (Engedal & Haugen, 2009).

En tydelig atferdsendring hos pasienter som utvikler demens er aktivitetsnivået. En demenssyk kan oppleve å bli mer apatisk og miste interesse for områder en tidligere har vært opptatt av. For eksempel kan en slutte med normale rutiner og interesser som å lese i avisen eller løse kryssord. En blir mindre aktiv og ofte sittende i en stol eller liggende på sofaen. Ikke ukjent er det at atferdsendringen kan være helt motsatt, altså blir pasienten mer motorisk rastløse. Eksempelvis kan tidligere husmødre ha en trang til å vaske og rydde, mens de som aldri har likt å sitte stille vandrer i stuen. Denne typen adferd kan ofte være tegn på at pasienten savner å gjennomføre aktiviteter han eller hun tidligere har gjort. Flere med demens kan oppleve frustrasjon, krenkelse og skam rundt egen situasjon, dette kan av andre tolkes som en aggressivitet eller irritasjon. Hvis pasienten føler at intimsfæren krenkes eller ikke forstår situasjonen en er i, kan vedkommende føle en trang til å forsvare seg (Engedal & Haugen, 2009).

Motorikk

Utfordringer med å styre musklene, og med dette koordinere bevegelser forfaller gjerne hos personer med demens. Eksempler på slike koordineringsforstyrrelser kan være at pasienter setter seg skjevt eller på armlenet på stoler, at de sliter med å reise seg opp og sette seg, samt har vansker med å tygge mat eller spise med bestikk (Engedal & Haugen, 2009). Forfall av evne til å sette seg eller reise seg fra stol utgjør en økt risiko for fallulykker i hjemmet (Berentsen, 2008). Hos pasienter med Alzheimer kan en ved langtkommen sykdom observere vanskeligheter med å skape glidende og fordelaktige bevegelser, dårligere balanse og utfordringer med avstandsberegning. En kan sent i sykdomsforløpet observere skjelving, stivhet i musklene, treghet og parkinsonistisk gange hos noen av demenstypene (Engedal & Haugen, 2009). Berentsen (2008) trekker frem at slike vansker påvirker pasientens evne til å selvstendig ivareta sine grunnleggende behov. For eksempel kan skjelving og treghet hindre ivaretagelse av personlig hygiene fordi pasienten ikke klarer å bruke vaskekluten, videre kan skjelving påvirke inntak av mat og drikke fordi stivhet og skjelving gjør det umulig å ivareta behovet for mat selv (Berentsen, 2008). En annen utfordring for personer med demens er at de gjerne mister kontrollen over urin og avføring etterhvert som sykdommen progredierer (Engedal & Haugen, 2009). Berentsen (2008) skriver at årsaker til dette kan være at pasienten ikke lengre finner eller ikke forstår funksjonen til toalettet, pasienten kan også ha mistet evnen til å handle logisk ut i fra kroppens behov.

3.2 Helhetlig omsorg for personer med demens

Lovverk og styringsdokumenter

Tilbudet reguleres ut i fra flere lovverk, for eksempel pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven og helse- og omsorgstjenesteloven og ulike styringsdokumenter.

Pasient- og brukerrettighetsloven har som formål å sikre den norske befolkningen lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet, gjennom å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Loven skal fremme tillitsforholdet mellom pasienter og helsetjenesten og sikre ivaretagelse av respekten for den enkelte pasients liv, verdi og integritet. Loven omtaler blant annet pasientens rett til medvirkning i utvikling og gjennomføring av eget tjenestetilbud, og rettigheter i forhold til informasjon, individuell plan og bruk av tvang. Om rett til medvirkning og informasjon sier § 3-3 at dersom pasienten har demens, har både pasient og pårørende rett til informasjon om pasientens helsetilstand og innholdet i helsetjenesten, pasient og pårørende har

også rett til informasjon om sine rettigheter og om tjenestetilbudet. Pasientens samtykkekompetanse kan bortfalle helt eller delvis ved demens. Tjenesteyteren skal vurdere om pasienten er samtykkekompetent og legge til rette forholdene slik at pasienten selv kan gi samtykke (Pasient- og brukerretighetsloven, 2001).

Helsepersonelloven har til hensikt å sikre forsvarlig pasientsikkerhet og god kvalitet i de ytte omsorgstjenestene, lik pasient- og brukerretighetsloven har loven til hensikt å fremme tillit mellom tjenesten og pasientene. Loven gjelder for alt helsepersonell og alle virksomheter som yter helsehjelp i Norge. Loven stiller krav om at helsepersonell skal samarbeide og samhandle for å skape et godt tjenestetilbud til pasienten. Den setter krav om at helsepersonell skal innhente bistand fra andre helseprofesjoner dersom dette er nødvendig og mulig. Under punkt om forsvarlighet tydeliggjør også loven helsepersonells plikter i forhold til individuell plan. Loven sier at helsepersonell plikter å delta i arbeid med individuell plan der brukeren har rett til og ønsker dette. Om å dele taushetsbelagt informasjon sier § 25 at taushetsbelagt informasjon kan gis videre til samarbeidende parter når dette er nødvendig for å kunne yte forsvarlig helsehjelp, med mindre pasienten motsetter seg delingen av informasjon (*Helsepersonelloven*, 2001).

Helse- og omsorgstjenesteloven skal sikre at kommunene blant annet ivaretar oppgaver som forebygging, behandling og tilrettelegging for mestring av sykdom og lidelse og sikre den enkelte mulighet til å bo og leve selvstendig, samt å ha en aktiv og meningsgivende hverdag i fellesskap med andre. Loven forplikter kommunene til å legge til rette for samarbeid mellom ulike deltjenester i kommunen og andre tjenesteytere i § 3-4. Rundt forsvarlighet i de kommunale helsetjenestene sier loven at kommunen skal tilrettelegge sine tjenester på en måte som ivaretar helhetlige og koordinerte helsetjenester som er pasienten verdig. Tjenestene skal også tilrettelegges på en slik måte at helsepersonellet som yter tjenesten er i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og at tjenesten ytes med tilstrekkelig fagkompetanse (*Helse- og omsorgstjenesteloven*, 2012).

Stortingsmelding 26, Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet fra 2014-2015 skriver at kommunene de siste årene har lagt større vekt på å sette demens på dagsordenen for å heve kvaliteten på tilbudet som gis til pasienter med demens som bor hjemme, men fremdeles er det slik at det er store mangler og utfordringer i det helhetlige tilbudet til denne pasientgruppen. Det er behov for å rette mer oppmerksomhet mot utredning, diagnostisering og oppfølging, sammen med økt aktivitets- og tjenestetilbud. Demensutviklingen i kommunen krever en langsiktig investering i kompetanseheving, velferdsteknologi, tilpassede botilbud og samfunnsutvikling (*Helse- og omsorgsdepartementet*, 2015).

Demensplan 2015 “Den gode dagen & Demensplan 2020 “Et mer demensvennlig samfunn”.

Demensplan 2015 “Den gode dagen” er et styringsdokument som synliggjør hvilken betydning en demenslidelse har for livet til en person og deres pårørende, videre tydeliggjør planen hvordan helse- og omsorgstjenesten skal møte utfordringene et økende antall personer med demens representerer. Samtidig ønsker dokumentet å legge føringer for hvordan en i større grad enn i dag kan legge til rette for en mer meningsfull hverdag, preget av gode øyeblikk til tross for funksjonstap og sykdom (Helse og omsorgsdepartementet, 2007a). Demensplan 2020 “Et mer demensvennlig samfunn” kommer som en videreføring av Demensplan 15 fra 2007. Planen legger føringer for hvordan samfunnet må utvikles på en slik måte at det blir mere demensvennlig, mer inkluderende for både pasienter og pårørende. Dette skal oppnås gjennom å øke deres mulighet til å delta i samfunnet, i større grad sette dem i stand til å mestre egen hverdag og la pasienter og pårørende medvirke i avgjørelser som angår deres liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b).

3.3 Dagens demensomsorg

Grunnet demenssykdommens komplekse utfordringer vil det være nødvendig for en slik pasientgruppe å få bistand fra flere ulike profesjoner, omsorgsnivå og etater i sin oppfølging og behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Mål med tverrprofesjonell omsorg er å sikre pasienten optimal helse og livskvalitet ut i fra individuelle forskjeller. Deling av kunnskap og samkjøring mellom bidragsytende profesjoner og etater er en nødvendighet for å skape gode tjenester, bygget på riktige beslutninger og korrekte tiltak iverksatt til riktig tid (Kristoffersen, 2011).

I Samhandlingsreformen (2009) kommer det fram at dagens ressursbruk innenfor helsesektoren ikke er bærekraftig og krever effektivisering, parallelt skal det satses på videreutvikling og nyvinning innenfor tjenestene, dette for å gi tjenester med et helhetlig perspektiv og av god kvalitet. Et av virkemidlene for en slik målsetting er å samarbeide tverrprofesjonelt mellom ulike omsorgsnivå og ulike kommunale tjenester, men også gjennom lokale kulturelle tilbud. Reformen ønsker mer samhandling, men også bedre samhandling mellom de ulike tjenesteyterne da liten samhandling betyr dårlig og laveffektiv ressursbruk.

Samhandlingsreformen definerer samhandling som helsetjenestens evne til å fordele oppgaver, og evne til å gjennomføre oppgavene på en rasjonell og samkjørt måte for å nå et felles mål.

God samhandling bygger på respekten for menneskets behov og integritet, om tjenestens kvalitet, i ytterkant også om tjenestens forsvarlighet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Individuell plan er foreløpig ikke et mye brukt hjelpemiddel i organiseringen av et tverrprofesjonelt tilbud til hjemmeboende pasienter med demens, selv om dette ses som en nødvendighet ut i fra behovene hos en slik pasientgruppe (Engedal & Haugen, 2009).

Pasientrettighetsloven (2001) § 2-5: Rett til individuell plan fastslår at pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tilbud har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Av helse- og omsorgstjenesteloven (2012) § 7 kommer det fram at kommunen har krav om å opprette en individuell plan for pasienter som har behov og ønske om å utarbeide en slik plan. Paragrafen sier også at pasienten har rett til å få oppnevnt en koordinator for den individuelle planen. En sykepleier i kommunens hjemmetjeneste vil kunne fungere som en slik koordinator.

Kun 17 % av hjemmeboende pasienter med demens har tilbud om dagaktiviteter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). Dagaktivitetstilbud har til hensikt å stimulere og aktivisere den demenssyke, skape meningsfulle hverdager og gode opplevelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a). Å skape et større aktivitets- og kulturtilbud krever en større tverrfaglig bredde, blant annet gjennom ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid. Kommunene er forpliktet til å tilrettelegge for aktivitet og en meningsfull hverdag i fellesskap med andre personer som mottar kommunale helsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a). Rundskrivet Aktiv omsorg trekker frem at dagaktivitetstilbud kombinert med bistand fra hjemmetjenesten vil kunne hindre innleggelse på institusjon eller forlenge tiden i eget hjem for pasienter med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007b). I demensplan 2020 skiver regjeringen at aktiviteten ved eldresentra skal økes, særlig tilbudene til demenssyke for å redusere og hindre sosial isolasjon, passivitet og ensomhet. Andre eksisterende tilbud er "Inn på tunet" hvor pasienter med demens kan bedrive tilpassede aktiviteter på gårdsbruk. Kommunale frisklivstilbud kan være behjelpelige med å lokalisere egenorganiserte og frivillige tilbud i nærmiljø for eksempel gågrupper, dansegrupper og besøks-/aktivitetsvenner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). Helse- og omsorgsdepartementet har sammen med KS og Frivillighet Norge utarbeidet en strategi for frivillig arbeid innefor helsesektoren (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a).

Den frivillige familiebaserte omsorgen er nesten på lik størrelse med den kommunale omsorgstjenesten. Pårørende til hjemmeboende pasienter med demenssykdom står ofte i krevende omsorgssituasjoner over lengre tidsperioder. Dette utgjør en belastning for pårørende og krever omfattende faglig støtte og avlastning. Et dagtilbud vil fungere som en avlastning for pårørende. Pårørende skal få opplæring i demenssykdommen, behandling og aktuelle tilbud i egne samtalegrupper og pårørendeskoler i samarbeid med frivillige organisasjoner. Familier og pårørende som har fått veiledning og informasjon om demenslidelsen opplever en bedret livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a).

3.4 Tverrfaglig helseteam

Pasienter med demens utgjør en kompleks pasientgruppe som krever tverrfaglig behandling (Engedal & Haugen, 2009). Teamet rundt den demensrammede vil variere ut i fra individuelle behov og utfordringer. Naturlige konstante profesjoner i et slikt team vil være fastlege, sykepleier og andre helsefagarbeidere. Ergoterapeuter og fysioterapeuter kan være viktige samarbeidspartnere da denne pasientgruppen har funksjonsnedsettelse som påvirker hverdagslige handlinger og aktiviteter. Fordi denne gruppen pasienter ofte har et sammensatt sykdomsbilde, med flere sykdommer vil også bruken av legemidler kunne være omfangsrik. En farmasøyt vil her kunne tilføye viktig kunnskap om legemidler og bruken av dem. Andre aktuelle samarbeidspartnere kan være psykologer, ernæringsfysiologer, fysioterapeuter, tannhelsetjenesten og sosionomer (Næss & Helbostad, 2012). Vi vil under presentere de ulike yrkesgruppens kjernekompetanse og hva de kan bidra med i det tverrfaglige samarbeidet.

Fastlegen skal i det tverrfaglige teamet i kommunen ivareta rollen som medisinskfaglig koordinator. Herunder er legen ansvarlig for utredning, diagnostisering og behandling. Dersom pasienten krever langvarige koordinerte tjenester har fastlegen plikt til å informere om rettigheter til individuell plan og medvirke i utarbeidelsen av en slik plan (Den Norske Legeforening, 2013).

Vernepleieren fokuserer på pasientens ressurser og hvordan en kan tilrettelegge for utvikling og bevaring av gjenværende funksjoner, profesjonen vektlegger å fremme livskvalitet. Vernepleierne har kompetanse som innebærer kunnskaper om å ivareta både fysiske, psykiske og sosiale behov, med dette fungerer vernepleier både som helsearbeider og sosialarbeider (Fellesorganisasjon, s.a).

Ergoterapeuter har kjernekompetanse innenfor å skape mestring hos pasienten. Dette gjennom å fremme deltakelse og inkludering i hverdagslivets aktiviteter. De kan blant annet bidra med å anrette pasientens hjem og legge til rette for aktiviteter (Norsk Ergoterapiforbund, 2013).

Fysioterapeuter kan bidra med kartlegge kroppslige funksjoner, bevegelsesmønstre, ressurser og utfordringer i forhold til mestring av hverdagslivets aktiviteter. Med dette som grunnlag kan fysioterapeuten iverksette individuell behandling, tiltak for livsutfoldelse og forebygge utvikling av helseplager. I hjemmebasert omsorg kan fysioterapeuten bidra med å bevare, og optimalisere pasientens funksjon, samt bistå pasienten til å utnytte sine gjenværende ressurser (Norsk Fysioterapeutforbund, 2015).

Farmasøyer kan bidra med kunnskaper om legemidlers virkninger og bivirkninger, innholdsstoffer og riktig legemiddeladministrasjon i det tverrfaglige teamet (Norges Farmaceutiske Forening, s.a.a). En kommunefarmasøyts oppgaver innebærer blant annet å veilede og rådgive kommuneansatte i spørsmål om legemidler og gjennomgå pasientens legemidlerliste (Norges Farmaceutiske Forening, s.a.b).

Demenskoordinator trekkes frem i det reviderte handlingsprogrammet for demensplan 2015 som en ressurs gjennom hele sykdomsforløpet hos pasienter med demens. De kan bidra innenfor utredning og diagnostisering, planlegging og igangsetting av tiltak, samt oppfølging av iverksatte tiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Hilde Eilertsen, demenskoordinator i Tromsø kommune skriver at demenskoordinator videre kan bidra med samtaler, veiledning og undervisning til pasienter, pårørende og helsepersonell. Hun er ansvarlig for pårørendeskolen og den etterfølgende samtalegruppen. Demenskoordinator kan også bistå i søknad om hjelpemidler og andre kommunale tjenester (Eilertsen, 2013).

Sykepleier: Det finnes mange definisjoner av hva sykepleie er, Norsk Sykepleierforbud (2008) sier at sykepleierens særegne funksjon er:

“Å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom/helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov” (s. 5).

Videre betegnes sykepleie som å bidra til at pasientene lærer å leve med følgene av sin helsesvikt og behandling. Sykepleie ytes i mange former, både gjennom helsefremmende og forebyggende arbeid, pleie og omsorg. Sykepleieren deltar i behandlingen og det tverrfaglig samarbeidet for å ivareta pasientens muligheter for god helse, gjenvinner sin evne til å ivareta seg selv eller får en verdig død. Verdigrunnlaget for all sykepleie er respekten for det enkelte menneskes liv og

iboende verdighet. Sykepleie skal ytes med barmhjertighet, respekt for menneskerettighetene og omsorg for den enkelte (Norsk Sykepleierforbund, 2008).

Sykepleieteorier

Vi har valgt å bruke to teorier, Dorothea Orems egenomsorgsteori og Kari Martinsens omsorgsteori fordi disse teoriene har ulike standpunkt, de utfyller hverandre godt og er hensiktsmessige å trekke fram i vår besvarelse av problemstillingen.

Orems teori er aktuell for vår problemstilling fordi den beskriver sykepleierens kompensierende funksjon i møte med pasientens progredierende egenomsorgssvikt (Kristoffersen, 2011). Orem definerer egenomsorg som individets evne til å ta initiativ til å utføre handlinger som opprettholder ens eget liv, helse og velvære. Hun sier at ens evne til å utøve egenomsorg bygger på forståelse og kunnskap om egen situasjon, evne til å vurdere, tolke og avgjøre og evnen til å sette i gang og gjennomføre planlagte handlinger (Cavanagh, 1999). For eksempel ses en slik egenomsorgssvikt hos personer med demens (Engedal og Haugen, 2009).

Ifølge Orems behovsteori er sykepleie å kompensere for pasientens sviktende evne til å ivareta egne grunnleggende behov (Kristoffersen, 2011). Orem har konkretisert åtte universelle egenomsorgsbehov:

- Behov for tilstrekkelig tilgang på luft
- Behov for væske
- Behov for ernæring
- Behov for eliminasjon av avfallsstoffer
- Behov for balanse mellom aktivitet og hvile
- Behov for sosialt samvær med andre og for å være alene
- Behov for trygghet og beskyttelse mot trussler og skade som truer helse og velvære
- Behov for normalitet

(Cavanagh, 1999).

Sykepleieren danner relasjon med pasienten da hun er kommet i en situasjon hvor kravene til egenomsorg overskrider pasientens egen kapasitet til å ivareta disse kravene selvstendig (Cavanagh, 1999). Orem mener at det friske mennesket har et ønske om å kunne ivareta seg selv og utføre handlinger som bringer god helse. I begrepet helse legger hun stor vekt på at dette omhandler normal utvikling og normal funksjon, både fysisk og psykisk. Hun knytter begrepet

velvære opp mot pasientens egen opplevelse av sin aktuelle tilstand. Hun legger til at det er mulig å legge til rette for opplevelse av velvære på tross av sykdom og funksjonssvikt (Kristoffersen, 2011).

I sin teori betrakter Orem sykepleie som en profesjon med evne til å kunne handle på bakgrunn av teoretisk og praktisk kunnskap og erfaring. Sykepleieren skal gjennom sine handlinger erstatte pasientens egenomsorgskapasitet der dette er nødvendig. I møte med pasienten kan sykepleieren innta en kompenserende rolle av ulik grad. Sykepleieren kan bistå pasienten gjennom undervisning og veiledning, gjennom en delvis understøtte der pasienten selv klarer å ivareta noen behov selvstendig. Eller sykepleier kan bistå pasienten fullstendig gjennom å bidra med støtte og hjelp for å dekke alle grunnleggende behov, ved fullstendig støtte har pasienten i svært liten grad egen evne til å ivareta egne behov. Samtidig skal sykepleieren jobbe helsefremmende slik at pasienten selv gjenvinner evne til å ivareta egne behov. Det endelige målet med sykepleien skal være at pasienten selv gjenvinner normal funksjon, opplever utvikling, helse og velvære (Kristoffersen, 2011).

Vi har valgt å bruke *Kari Martinsens teorier* fordi hun beskriver utfordringene dagens sykepleiere står overfor i møte med den hjemmeboende pasienten. Martinsen (2014) stiller spørsmål ved om travelheten den profesjonelle yrkesutøveren opplever i arbeidshverdagen er med på å rette oppmerksomheten vekk fra pasientens opplevelse og sårbarhet, og hvilke utfordringer dette utgjør i å gi god omsorg. Hun vektlegger videre kraften i den profesjonelle oppmerksomheten vi vier våre pasienter i møte med dem. Hun sier at i det oppmerksomme møte med hverandre kan vi bli bedre kjent, berike hverandre og vekke livsgnist.

Martinsen tar avstand fra det hun betegner som formålsrasjonaliteten i den moderne sykepleie, med dette begrepet sikter hun til det overordnede målet om at pasienten skal gjenvinne sin funksjon og selvstendighet som et resultat av sykepleie. Martinsens tenkning fremstår som kritisk i den forstand at den tar avstand fra tidligere tanker om sykepleie, blant annet egenomsorgstenkning, som kjent fra Orems egenomsorgsteori. Hun presiserer at målet i seg selv må være omsorg, og at effekten av denne er opplevelse av velvære for pasienten. Martinsen forsvarer dette på bakgrunn av tanken om at omsorg skal ytes betingelsesløst. Hun sier at omsorg er grunnleggende og at fenomenet kommer til syne i hvordan vi viser omtanke for hverandre i den praktiske hverdagen. Omsorg bygger på fellesskap, respekt, forståelse og anerkjennelse av den andre og utgjør derfor en sosial relasjon. Hun trekker frem tillit og

barmhjertighet som grunnsteiner i mellommenneskelige relasjoner. I relasjoner som består over tid mellom pasient og sykepleier, der pasientens tilstand består eller forverres betegner Martinsen det som svært viktig at sykepleien baseres på omsorg. Vedlikeholdsomsorg betegnes av Martinsen som en omsorg der målet er å opprettholde funksjonsnivået og utsette forverring. Omsorgen som utøves fokuserer på å skape gode her-og-nå øyeblikk for pasienten (Kristoffersen, 2011).

Sykepleieteoretikeren Martinsen beskriver omsorg i sykepleie som måten vi møter pasienten på og måten vi handler på. Om sykepleierens mål og hensikt er å bistå i funksjonsopprettelse hos pasienten og utsette sykdomsforverring ifølge Martinsen. Sykepleierens skal styrke pasientens evne til selvhjelpenhet på områder der dette er mulig, målet i seg selv skal ikke være selvstendighet men opprettholdelse av gjenværende ressurser og livsmot, samt god omsorg og velvære. Hun fremmer resultatløs sykepleie og grenseløs omsorg som den ideelle sykepleie, dette i tråd med det hun mener er tradisjonsgrunnet i sykepleien (Kristoffersen, 2011).

4.0 Forskning og funn

4.1 Presentasjon av forskning

Jacobsen (2010), *Tverrfaglig samarbeid - pynt eller praksis?* er en kvalitativ studie hvor forfatteren forsker på hvordan en skal tilrettelegge for likeverd og respekt mellom profesjoner i et tverrfaglig samarbeid, samt hvilke faktorer som får tverrfaglig samarbeid til å fungere og hva som er utfordrende. Forskningen er bygget på fire dybdeintervjuer av ledere for enheter om selv definerer sitt arbeid som tverrfaglig. Forfatteren har også intervjuet en veileder for tverrfaglig praksis.

Vi har valgt å inkludere denne forskningen fordi den belyser faktorer som fremmer samarbeid og hvilke utfordringer som kan oppstå i et slikt samarbeid.

Johannessen et al. (2013) skriver i sin studie *Implementation of a multicomponent psychosocial programme for persons with dementia and their families in norwegian municipalities: experiences from the perspective of health care professionals who performed the intervention* om intervjuer med 19 helsearbeidere som har deltatt i forskningsprosjekt hvor de jobbet sammen med personer med demens og deres pårørende for å gi dem undervisning og ferdigheter til å takle utfordringer og stress i hverdagen. Som et resultat av intervjuene kom det frem tre temaer: 1: utfordringer knyttet til helsearbeidernes deltagelse i forskningen. 2: Nye kunnskaper som helsearbeiderne tilegnet seg. 3: Utvikling av tilbud, til personer med demens og deres pårørende.

Vi har valgt å trekke fram funnene fra forskningen som omhandler utvikling av tilbudet fordi dette gir oss konkrete forslag til aktuelle tilbud og tiltak som er fordelaktig for hjemmeboende personer med demens og deres pårørende.

Callahan et al. (2006) vil i sin forskning *Effectiveness of Collaborative Care for Older Adults With Alzheimer Disease in Primary Care* undersøke effekten av tverrprofesjonelt teamarbeid i pleien til hjemmeboende personer med demens. Forskningsprosjektet besto av 153 eldre med Alzheimer sykdom og deres pårørende, deltakerne ble delt i to grupper: en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. I intervensjonsgruppen fikk pasient og pårørende hjelp av et tverrfaglig team ledet av en geriatrisk sykepleier, mens pasientene i kontrollgruppen ble behandlet ut i fra det deres fastlege ønsket av utredning og behandling.

For intervensjonsgruppen ble det iverksatt (minimum)en rekke tiltak av sykepleieren:

- Trening og undervisning i ferdigheter knyttet til kommunikasjon
- Undervisning om hvordan pårørende skulle takle å være omsorgsperson til noen med demens
- Råd om lovverk og økonomi
- Undervisningsmateriell om trening for personer med demens
- Informasjon om det å være omsorgsperson/pårørende for personer med demens(til pårørende).
- I samtale med geriatrisk sykepleier fortalte pårørende om utfordrende adferd hos pasienten, hvor sykepleieren veiledet i hvilke tiltak som kunne iverksettes for å forsøke å hindre eller minimere slik adferd, minimum x 1 per mnd.
- Tilbud om å delta på gruppesamtaler, hvor de pårørende gikk sammen i en gruppe ledet av en psykolog for å snakke om stress. Pasientene fikk delta i en gruppe med tilrettelagt trening ledet av en psykolog og den geriatriske sykepleieren.

Effekten ble målt gjennom telefonintervju etter 6, 12 og 18 måneder etter standardiserte spørreskjema som Neuropsychiatric Inventory [NPI].

Vi valgte denne artikkelen på bakgrunn av den sykepleierledede tverrfaglige intervensjonen som gjennomføres i studien, og belyser effekten av dette hos både pasienter og pårørende.

Skadsheim skrev i 2013 studien *Vi må gjøre mer av det som funker: En studie av tverrfaglig samarbeid mellom kommunale tjenester* om tverrfaglig samarbeid mellom kommunale tjenester og omhandler hvordan flere ulike tjenesteområder innenfor kommunen bør jobbe sammen for å gi personer med sammensatte behov helhetlige tjenester. Forfatteren har valgt å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse fordelt på to deler, en forundersøkelse og en hovedundersøkelse. Forundersøkelsen besto av et spørreskjema besvart av 25 deltakere, hovedundersøkelsen besto av 4 gruppeintervjuer med til sammen 17 respondenter. Basert på resultatene fra disse undersøkelsene, samt relevant teori trekke hun frem seks faktorer som er avgjørende for det tverrfaglige samarbeidet for å skape gode helhetlige tjenester (Skadsheim, 2013).

Vi har valgt å inkludere denne fordi den belyser hvilke faktorer som er avgjørende for å skape et helhetlig tjenestetilbud i hjemmesykepleien ved hjelp av tverrfaglig samarbeid.

4.2 Funn

Effekter av tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid resulterer i at flere perspektiver belyses og gir en mer helhetlig tilnærming til pasientens behov. Det oppleves at samarbeidet skaper større faglig tyngde hos enkeltpersonene i samarbeidet, men også i den utøvde praksisen. Pasienters behov er ofte sammensatte, og dette gjør det nødvendig å trekke ulik kompetanse inn i samarbeidet (Jacobsen, 2010). Callahan et al. (2006) fant i sin studie at pasienter i intervensjonsgruppen opplevde en tydelig senkning i NPI score etter oppstart av intervensjon sett i forhold til kontrollgruppen. Det vil si at pasientene opplevde færre negative adferdssymptomer, denne utviklingen holdt seg også lavere enn hos kontrollgruppen selv seks måneder etter at forskningsprosjektet var avsluttet. På et NPI spørreskjema for pårørende kom det også frem at pårørende i intervensjonsgruppen opplevde en stor bedring i stress relatert til adferdssymptomer som følge av demenssykdommen til deres nærmeste.

Faktorer som påvirker samarbeid

Faktorer som økonomi, lovverk og avdelings mandat styrer hvilke faggrupper som trekkes inn i samarbeidet, men også hvilke erfaring og kunnskap lederen av samarbeidet har fra tidligere med andre yrkesgrupper. Flere av intervjuobjektene peker på at godt tverrprofesjonelt samarbeid bygger på støtte og prioritering fra ledelsen (Jacobsen, 2010). Tilgjengelighet, i form av mulighet til å møtes bidrar til å styrke kjennskapen og kunnskapen om hverandres profesjoner (Skadsheim, 2013). Jacobsen (2010) og Skadsheim (2013) trekker frem felles forståelse av hva samarbeidet omhandler og fokus på felles mål som grunnleggende elementer i samarbeidet, videre vektlegges ydmykhet, respekt for hvert enkelt individ og deres kompetanse som forutsetninger for godt tverrfaglig samarbeid. Vilje og holdning påvirker samhandlingen, deltakerne må ha en et helhetlig blikk, det vil si å kunne se sin kompetanse som en del av den helhetlige tjenesten, altså er partene er gjensidig avhengig av hverandre for å yte et godt tilbud (Jacobsen, 2010, Skadsheim, 2013). Tverrfaglig samarbeid krever modenhet og trygghet rundt egen yrkesprofesjons oppgaver og ansvar, og til å tørre å fremme sitt perspektiv i møte med andre profesjoner (Jacobsen, 2010). Det er viktig at lederen av det tverrfaglige teamet har evnen til å trekke fram ressursene hos hver enkelt samarbeidspartner og gå frem som et godt forbilde (Skadsheim, 2013).

Samarbeidsutfordringer

Manglende kunnskap om hverandres profesjoner, samt ulike tradisjoner, kulturer og erfaringer hemmer samarbeid (Skadsheim, 2013). Ulike perspektiv er grobunn for uenigheter, flere i studien trekker fram at uenighet og diskusjon i samarbeidet er verdifullt for å kunne se flere perspektiver (Jacobsen, 2010). Ansatte i hjemmetjenesten trekker frem at mangel på tid hemmer mulighetene for å samarbeide for en helhetlig omsorgstjeneste (Skadsheim, 2013). Helsearbeidere trakk frem at de ønsket et tettere samarbeid med fastlegene, hukommelsesklinikkene og flere etater innenfor kommunen (Johannessen et al., 2013).

Brukermedvirkning

Jacobsen (2010) sier at en mest mulig helhetlig tilnærming fordrer at alle perspektiv kommer til uttrykk i det praktiske arbeidet. Skadsheim (2013) og Jacobsen (2010) fremmer at pasientens perspektiv må anerkjennes som likeverdig med profesjonsspesifikk kompetanse. Gjennom å inkludere alle perspektiv i samarbeidet får en i større grad et mer riktig beslutningsgrunnlag (Skadsheim, 2013).

Tilbud for pasienter og pårørende

Tilbud som gruppesamtaler, undervisningsprogrammer og rådgivning for pårørende ble foreslått som tiltak fra helsepersonell da de så at familiene hadde behov for støtte gjennom hele sykdomsforløpet. De foreslo at temaer som kunne tas opp i slike gruppemøter var muligheter for økonomisk støtte, om det å være verge, samt lover og rettigheter for pasienter og pårørende. Helsearbeiderne foreslo at hver enkelt familie hvor en person ble diagnostisert med demens skulle få hjelp til å kartlegge behov for bistand gjennom en kontaktperson i kommunen (Johannessen et al., 2013).

5.0 Diskusjon

5.1 *Hvorfor er sykepleieren ideell som teamleder?*

I Samhandlingsreformen fremkommer det at tjenestene som ytes i helse-Norge i dag oppleves som fragmentert og uoversiktlige, dette oppleves som problematisk for pasienter, pårørende og helsepersonell. Samtidig fører dette også til økte ventetider, dårlig offentlig ressursbruk og mulig utvikling av komplikasjoner hos pasienten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). For dårlig samordning hemmer pasientens mulighet til å involvere seg i og bidra i utformingen av et helhetlig behandlingstilbud basert på pasientens ønsker og behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Fra praksis er vi kjent med at det kan være svært krevende for pasienter og pårørende å koordinere eget helsetilbud fra flere aktører og vi ser at dette skaper en økt belastning hos både pasient og pårørende. Samhandlingsreformen trekker frem samhandling mellom ulike tjenestetilbud i helsetjenesten som spesielt viktige for pasienter som krever oppfølging av sin kroniske lidelse, fordi å iverksette tiltak og ressurser tidlig i forløpet kan utsette eller redusere sykdomsomsfanget (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). I praksis har vi blitt kjent med flere pårørende og pasienter som opplever det tyngende å orientere seg alene i tilbudet av helsetjenester, samtidig som en opplever å motta en mer upersonlig omsorgstjeneste. Som koordinator for samarbeidet skal sykepleieren sikre oppfølging av pasient og pårørende og samordne tjenestetilbudet og drive fram arbeidet med en individuell plan, der dette er ønskelig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). Sykepleieren skal lede samarbeidet på en slik måte at pasienten når målet sitt (Norsk Sykepleierforbund, 2008).

Som sykepleier har en innsikt i og kunnskap om pasientens opplevelse av å være demenssyk og hvordan dette påvirker hverdagen til pasienten. For at sykepleieren skal kunne drive faglig forsvarlig sykepleie krever det at sykepleieren har kompetanse innenfor rammer, regler og lovverk som styrer virksomheten (Norsk Sykepleierforbund, 2008). Sykepleieren er ansvarlig for den sykepleiefaglige helsehjelpen som ytes og må kunne vurdere endringer i pasientens funksjonsnivå kontinuerlig for å ivareta dette ansvaret (Næss & Helbostad, 2012). Vi mener at dette forutsetter at sykepleieren jevnlig følger opp pasienten. Fra praksis kjenner vi til at arbeidslaget i hjemmetjenesten organiseres slik at sykepleieren som er ansvarlig for oppfølging av pasienten regelmessig besøker og utfører omsorgen for denne pasienten for å sikre kontinuitet. Likevel vet vi at mange pasienter opplever å få besøk av mange helsepersonell utenom denne kontaktsykepleieren.

Sykepleieren er i arbeidshverdagen ansvarlig for organisering av sykepleien og omsorgen som skal ytes til pasientene. Denne omsorgen ytes av en rekke ulike yrkesprofesjoner med ulik kompetanse (Norsk Sykepleierforbund, 2008). Av Helsepersonelloven (2001) kan sykepleiere delegere arbeidsoppgaver til annet kvalifisert personell. Som sykepleier skal en organisere arbeidsgruppens ressurser og kompetanse på en måte som er til det beste for de ulike pasientforløpene (Norsk Sykepleierforbund, 2008). Fra praksis kjenner vi til at sykepleieren har det daglige ansvaret for å fordele kompetansen i arbeidsgruppen forsvarlig og rettferdig på de ulike arbeidsoppgavene. Dette ansvaret fører ofte til at sykepleieren får den koordinerende oppgaven med å organisere tiltakene rundt pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2008). Vi har erfart at dette kan være krevende da det ofte er mange vikarer eller få fagpersoner på jobb i ferier og helger.

Sykepleiere skal erkjenner sine grenser for egen kompetanse, og skal fra Helsepersonelloven (2001) holder seg innenfor disse. I situasjoner hvor pasienten har behov for tjenester som krever annen kompetanse skal sykepleier søke veiledning eller henvise pasienten videre til annet kvalifisert personell (Helsepersonelloven, 2001). Vi forstår at dette innebærer at sykepleieren kontakter andre profesjoner der hun selv ikke har den nødvendige kompetansen, dette kan for eksempel handle om medisinendringer.

Kvaliteten i sykepleieomsorgen er nært knytte til sykepleierens nære og kontinuerlige kontakt med pasienten. Sykepleieren har i større grad enn flere yrkesgrupper kontakt med sine pasienter. Dette fordi de andre profesjonene fungerer i mer eller mindre grad som konsulenter og eksperter innenfor sine fagfelt. Sykepleieren beholder den totale oversikten over pasientens pleiebehov og de ytte helsetjenestene (Norsk Sykepleierforbund, 2008). Sykepleieren har i sitt virke også ofte god kjennskap til pasientens pårørende og deres situasjon. Ut i fra dette mener vi at sykepleieren har en mer helhetlig oversikt over ressursene til pasienten og deres ressurspersoner. Som beskrevet over har sykepleieren kompetanse og erfaring innenfor å lede en tverrprofesjonell arbeidsgruppe, og vi mener derfor at det blir naturlig for sykepleieren å påta seg lederansvar for det tverrfaglige teamet.

5.2 Faktorer som hemmer og fremmer samarbeid

Loven stiller krav om at helsepersonell skal samarbeide og samhandle for å skape et godt tjenestetilbud til pasienten. Den setter også krav om at helsepersonell skal innhente bistand fra andre helseprofesjoner dersom dette er nødvendig og mulig (Helsepersonelloven, 2001).

Tverrfaglig samarbeid har verdien av å kunne fremstille flere ulike perspektiver, dette fordi ingen fag alene har muligheten til å se hele helheten. En tverrfaglig tilnærming er nødvendig fordi pasienter er hele mennesker, som krever helhetlig behandling (Jacobsen, 2010). Hensikt med bedre samhandling er at pasienter og pårørende skal oppleve trygghet og forutsigbarhet i overgangen mellom de ulike helsetjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b).

Godt tverrprofesjonelt samarbeid bygger på støtte og prioritering fra ledelsen. Faktorer som økonomi, lovverk og avdelingens mandat styrer hvilke faggrupper som trekkes inn i samarbeidet, men også teamlederens erfaring og kunnskap fra tidligere samarbeid med andre yrkesgrupper er også av betydning (Jacobsen, 2010). Det er viktig at lederen av det tverrfaglige teamet har evnen til å trekke fram ressursene hos hver enkelt samarbeidspartner (Skadsheim, 2013), og evne til å skape en felles forståelse av hva samarbeidet omhandler og holde fokus på felles mål (Jacobsen, 2010). En klar ansvar- og oppgavefordeling fremmer samarbeid (Fjørtoft, 2012). Av erfaring fra praksis var klar ansvarsfordeling viktig for å skape kontinuitet og trygghet for de involverte partene.

Skadsheim (2013) skriver i sin forskning at manglende kunnskap om hverandres profesjoner, samt ulike tradisjoner, kulturer og erfaringer hemmer samarbeid. Av egne erfaringer hentet fra vår praksis i tverrprofesjonell samarbeidslæring opplevde vi i likhet med det Skadsheim beskriver, at vi i begynnelsen av samarbeidsperioden ikke var i stand til å dra nytte av hverandres kompetanse, fordi vi ikke hadde nok kunnskap om hverandres profesjon. Etter hvert som vi ble kjent med hverandres yrkeskompetanse ble vi tryggere på egen kompetanse og funksjon, men vi opplevde også at vi i større grad klarte å benytte de ulike kompetansene i arbeidet rundt pasienten. For at et samarbeid mellom profesjoner skal fungere, kreves det at en er trygg på egen kompetanse, dette kan være utfordrende dersom en ikke har en av samme profesjon å støtte seg til (Jacobsen, 2010). I et forsøk på å bli kjent med hverandres kompetanse kartla alle profesjonsstudentene den samme pasienten, via IPLOS. Da vi skulle sammenlikne vurdering viste det seg at vi vurderte pasientens funksjonsevne ulikt og forsto spørsmålene i IPLOS-kartleggingen ulikt. Ulike perspektiv er grobunn for uenigheter, flere i studien trekker fram at uenighet og diskusjon i samarbeidet er verdifullt for å kunne se flere perspektiver (Jacobsen, 2010). I etterkant diskuterte vi de ulike resultatene og ble bedre kjent med de ulike

innfallsvinklene. Det var mye læring i å begrunne egne standpunkter. Vi ble bedre kjent med at som sykepleierstudent så vi mer på begrensninger og sykdom hos pasienten, mens ergoterapeutstudenten hadde fokus på gjenværende ressurser og muligheter for tilrettelegging av hjemmet slik at pasientens selv kunne mestre hverdagen i størst mulig grad.

I eksemplet over ser en at tverrfaglig samarbeid handler om å vurdere et fenomen fra forskjellige innfallsvinkler, der vi som sykepleiere bidrar med vårt sykepleieperspektiv inn i beslutningsprosessen rundt pasientens tjenestetilbud. I slike beslutningsprosesser bidrar hver enkelt yrkesgruppe med sine perspektiver, preget av deres yrkesspesifikke fagkunnskap (Norsk Sykepleierforbund, 2008). Tverrfaglig samarbeid krever modenhet og trygghet rundt egen yrkesprofesjons oppgaver og ansvar, og til å tørre å fremme sitt perspektiv i møte med andre profesjoner (Jacobsen, 2010). Det kan oppstå uenighet mellom de ulike profesjonene, Jacobsens (2010) forskning trekker frem dette som verdifullt fordi uenighet skaper en berikende forståelse. Hun skriver videre at dersom alle har det samme perspektivet vil en gå glipp av dynamikken som kreves for å kunne se en større helhet. Jacobsen (2010) og Skadsheim (2013) trekker frem ydmykhet og respekt for hvert enkelt individ og deres kompetanse som forutsetninger for godt tverrfaglig samarbeid. Det å kunne lytte til andre og godta at det finnes flere løsninger og tolkninger enn sine egne. En annen forutsetning for tverrfaglig samarbeid er tilliten til andres kompetanse (Næss & Helbostad, 2012).

I Skadsheims (2013) forskning trekker ansatte i hjemmetjenesten frem at mangel på tid hemmer mulighetene for å samarbeide tverrfaglig for en mer helhetlig omsorgstjeneste. Dette til tross for at Helse- og omsorgstjenesteloven (2012) plikter kommunene til å legge til rette for samarbeid mellom ulike deltjenester i kommunen og andre tjenesteytere i § 3-4. Tilgjengelighet, i form av mulighet til å møtes bidrar til å styrke relasjonen mellom teammedlemmene og kunnskapen om hverandres profesjoner (Skadsheim, 2013). Fra tidligere praksis er også vi godt kjent med at tverrprofesjonelt samarbeid kan være svært ressurskrevende og tidkrevende i en hverdag preget av mange arbeidsoppgaver og liten tid. I likhet med Skadsheims forskning synes vi det til tider var utfordrende å fremskaffe nok tid til å jobbe tverrprofesjonelt rundt pasienten. Kristoffersen (2011) peker på at fokuset på økt effektivisering ikke er fullt forenelig med hvilke faglige grunnlag og verdier vi bygger den gode sykepleien på, i møte med den demenssyke pasienten. En kan på mange måter si at en i helsesektoren jobber med hjertet, derfor er også tidsforbruket hos pasientene en indikator på kvalitet. Martinsen(2014) legger vekt på at sykepleierens evne til å vie den profesjonelle oppmerksomheten mot pasientens appell skaper følelse av anerkjennelse

og respekt hos pasienten. Vi mener ut i fra dette at opplevelse av god omsorg, velvære og bekreftelse av egen verdi krever tid i møte mellom mennesker.

En annen utfordring knyttet til travelhet og skifte av fokus i oppmerksomhet er at omsorgsgiveren lett kan stenge pasientens sårbarhet og uttrykk for endrede behov ute (Martinsen, 2014). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester pålegger kommunen å tilrettelegge sine tjenester på en måte som ivaretar helhetlige og koordinerte helsetjenester som er pasienten verdig (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012). Å gi god sykepleie til personer med demens krever tid til å observere og vurdere pasientens situasjon. Pasienter med demens har problemer med korttidshukommelsen (Engedal & Haugen, 2009), dette kan i enkelte tilfeller utsette pasienten for fare. For eksempel kan en pasient fremdeles være i stand til å tilberede et måltid som middag, men på grunn av svikt i korttidshukommelsen glemmer pasienten å skru av komfyren. Dette kan medføre tilløp til brann og utsette pasienten for fare. Vi har selv erfart dette i praksis. En slik observasjon krever tid og samhandling med pasienten i hverdagslige aktiviteter. Slike observasjoner vil en i liten grad være i stand til å gjennomføre ved korte besøk der sykepleier deler ut medisiner. Å ha nok tid til å observere og vurdere om hjelpen pasienten mottar er tilstrekkelig, og at det er faglig forsvarlig at pasienten bor hjemme er en sentral del av det å jobbe som sykepleier i hjemmebasert omsorg (Fjørtoft, 2012). Kommunen har plikt til å tilrettelegge på en slik måte at helsepersonellet som yter tjenesten er i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og at tjenesten ytes med tilstrekkelig fagkompetanse (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012). Kunnskap om demenssykdommen, dens utvikling og uttrykksmåte er viktig for å kunne se endringer i sykdomsbilde. Mangel på kunnskap om brukerens situasjon skaper utfordringer når de enkelte tilbudene skal utformes for pasientene (Martinsen, 2014).

5.3 Helhetlig omsorg til personer med demens

Demens er en kronisk sykdom som vil vare livet ut, derfor er det viktig å sette fokus på sykdomsutvikling og mestring i sin oppfølging av pasienten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). I en arbeidsdag med mange oppgaver og knapphet på tid kan det være vanskelig å ivareta helhetlig omsorg, og hjemmesykepleien alene har ikke mulighet til å ivareta den store helheten. Derfor må sykepleieren i hjemmesykepleien avgjøre hvilke del av helheten som hun har ansvaret for. Sykepleieren kan heller ikke se hele helheten alene, det er derfor nødvendig med et tverrfaglig perspektiv (Fjørtoft, 2012). Jacobsens (2010) forskning konkluderer med at

tverrfaglig samarbeid resulterer i at flere perspektiver belyses og gir en mer helhetlig tilnærming til pasientens behov. Kari Martinsen mener at målet for sykepleieren må være omsorg, og ikke normal funksjon og total selvstendighet. Dette fordi hun mener at egenomsorg, funksjonsdyktighet og uavhengighet er urealistiske mål for flere store pasientgrupper sykepleieren yter omsorg til, samtidig mener hun at en målfokusert sykepleie vil kunne trekke oppmerksomheten vekk fra omsorgen (Kristoffersen, 2011). Dette mener vi er en fornuftig fremgangsmåte i møte med personer med demens, da selvstendighet og normal funksjon ikke er et realistisk mål på bakgrunn av kunnskaper om sykdommen. Dette perspektivet står i strid med Orems tanke om at hovedmålet for sykepleien må være selvstendighet fra andre og normal funksjon og evne til egenomsorg. Martinsen trekker frem vedlikeholdsomsorg som aktuell for denne pasientgruppen fordi de ikke kan gjenvinne uavhengighet. Pleien er preget av å gjøre det beste for pasienten i hverdagen for å øke livsmotet og opplevelsen av velvære hos individet (Kristoffersen, 2011). På dette området er Martinsen og Orems teorier enige om at sykepleieren i sin omsorg skal etterstrebe å styrke pasientens evne til selvhjulpenhet der det er mulig og utsette den forestående sykdomsforverring.

Det er fremdeles slik at flere pasientene og deres pårørende ikke får anledning til å påvirke sitt eget tjenestetilbud. Dette innbefatter avgjørelser helsepersonell tar om tjenestens utforming og innhold som direkte påvirker pasienten. I Stortingsmelding 26 fremlegges det at trolig ville mye sett annerledes ut om pasienten fikk ta del i utformingen av tjenestetilbudet. En pasientrolle der pasienten deltar i utformingen av sitt tilbud krever at pasienten og den pårørende får tilstrekkelig informasjon, opplæring og veiledning. Til nå har kommunene i for liten grad etablert slike tilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Av Helsepersonelloven § 10 har helsepersonell plikt til å gi pasienter og pårørende informasjon (Helsepersonelloven, 2001). Dette krever at vi som helsepersonell gir pasienter og pårørende den informasjonen de har rett til. § 3-3 i Pasient- og brukerrettighetsloven står det at dersom pasienten har demens, har både pasient og pårørende rett til informasjon om pasientens helsetilstand og innholdet i helsetjenesten, pasient og pårørende har også rett til informasjon om sine rettigheter og om tjenestetilbudet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Informasjonen skal presenteres på dagligspråk, ikke internt fagspråk som pasienten ikke forstår. Kari Martinsen legger frem svak, eller myk paternalisme som ønskelig fra sykepleierens side i møte med pasienten, det vil si at sykepleieren skal benytte sin brede kunnskap til å gjøre det som gangner pasienten mest (Kristoffersen, 2011). Retten til å delta i bestemmelser rundt egen helse er en viktig del av det å vise respekt ovenfor pasientens integritet. I tråd med kravet om økt effektivitet i tjenesten betyr det å sette pasientens ønsker i

fokus og vektlegge bruk av samvalg eller brukermedvirkning for effektiv behandling av det enkelte behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Jacobsen (2010) skriver at helhetlig tilnærming til pasientens behov fordrer at alle perspektiv kommer til uttrykk i det praktiske arbeidet. Ved demenssykdom kan pasienten miste sin evne til å ivareta egne interesser, og deler eller hele samtykkekompetansen kan frafalle (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Ved tap av deler eller hele samtykkekompetansen kan hjelpeverge eller verge oppnevnes, dette kan være pasientens pårørende (Engedal & Haugen, 2009). Næss og Fermann (2008) skriver at det er en viktig sykepleieroppgave å ivareta pasientens interesser i samråd med pårørende. Fra egen praksis har vi opplevd at pasienter har beskrevet tap av samtykkekompetanse som krenkende. Vi mener at det er viktig at sykepleieren, og andre medvirkende yrkesgrupper tar hensyn til pasientens ønsker på tross av tap av samtykkekompetanse, så lenge medvirkningen er forenlig med forsvarlig omsorg. Både Skadsheim (2013) og Jacobsen (2010) fremmer i sin forskning at pasientens, og eventuelt pårørendes perspektiv må anerkjennes på lik linje med perspektiver fra de ulike profesjonene. Skadsheim (2013) skriver videre at det er gjennom å inkludere alle perspektiver i samarbeidet at en kan fatte avgjørelser på et bredt beslutningsgrunnlag.

Som sykepleier med grunnkompetanse innenfor ledelse og samarbeid har vi kunnskaper om hvordan vi skal kunne lede og koordinere et slikt samarbeid, samtidig jobber vi i hverdagen tett på pasienten og pårørende og kjenner ut i fra dette pasientens behov. Et verktøy sykepleieren kan benytte i samarbeidet er en individuell plan. Pasienter som har behov for langvarige, koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). I Stortingsmelding 26 fremkommer det at denne retten ikke ivaretas i alle tilfeller (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Dette i tråd med hvilket inntrykk vi satt igjen med etter praksis i hjemmesykepleie, vi opplevde ikke at noen pasienter med demens hadde en individuell plan, selv om behovene svarte til kravet om individuell plan. Planen skal utarbeides i samarbeid med pasienten, pårørende og andre medvirkende tjenesteytere (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Hensikten med en individuell plan er å sikre et helhetlig og koordinert tilbud til den enkelte pasient. En individuell plan er en samarbeidsplan som inneholder detaljert informasjon om hvordan pasientens tjenester skal utøves og hvem som har ansvaret for de ulike arbeidsoppgavene. Det er pasientens plan, den skal evalueres og endres fortløpende etter hvert som funksjoner og behov endres hos pasienten (Fjørtoft, 2012).

Relasjonen mellom tjenesteyter og pasient er av stor betydning. Som leder av det tverrfaglige teamet må sykepleieren tilrettelegge for at de som yter omsorg og tjenester hos pasienter er mennesker med fagkompetanse og interesse innen demensfeltet (Fjørtoft, 2012). Callahan et al. (2006) fant i sin studie at pasientene opplevde færre negative adferdssymptomer da pasienten fikk bistand fra et sykepleierledet tverrfaglig team. Denne utviklingen holdt seg også lavere enn hos kontrollgruppen selv seks måneder etter at forskningsprosjektet var avsluttet. Det kom også frem at pårørende opplevde stor bedring i stress relatert til adferdsproblematikk hos deres nærmeste. Av egen erfaring har det stor betydning for tolkningen av adferd at sykepleieren har kjennskap til pasientens historie. Engedal & Haugen (2009) skriver at uro kan være et uttrykk for at pasienten savner å gjennomføre aktiviteter en tidligere sysselsatte seg med.

Fra praksis er vi kjent med at demensomsorgen preges av flere ufaglærte med liten kompetanse på demenssykdom og at det er lite kontinuitet i personalet som besøker pasienten. Vi opplevde at dette hadde negative konsekvenser for samhandling og relasjon, Fjørtoft (2012) sier at mangel på kontinuitet i personalet kan skape økt uro og forvirring hos pasienten. Samhandlingen med personer med en demenssykdom er skjør, og den syke kan mistolke hjelpen og oppleve dem som det motsatte av omsorg. Dersom vi ikke har kunnskap om hvordan vi skal møte disse krevende situasjonene, kan de raskt utvikle seg til utagerende adferd som blir forsøkt løst med tvang (Fjørtoft, 2012). I praksis opplevde vi at vernepleierne hadde en bredere kompetanse innenfor å lese og forstå adferd, noe som resulterte i ulike tilnæringsmåter. Vi foreslår av sykepleieren i nært samarbeid med vernepleier kan utvikle en holdningsplan som kan virke forebyggende slik at en i større grad unngår å skape slike utfordrende situasjoner. Kari Martinsen fremhever at god omsorg bygger på en individuelt tilrettelagt omsorg hvor den gjennomføres på en måte som fremmer følelse av anerkjennelse, fremfor umyndiggjøring hos pasienten (Kristoffersen, 2011). Sykepleierens rolle i slike situasjoner kan også være å lede en tverrprofesjonell debatt der en sprer kunnskaper og reflekterer over egne erfaringer, samt deler og drøfter synspunkter om hva som er god praksis i utfordrende situasjoner.

Som beskrevet i teorikapittelet har personer med demens mange utfordringer. Det tidligste tegnet på demens er ofte er sviktende hukommelse. I dag finnes det legemidler som kan redusere symptomer som sviktende hukommelse og konsentrasjonsvansker, dette kan gi en midlertidig bedring i pasientens evne til å fungere i hverdagsaktiviteter (Norsk Helseinformatikk, 2013). Fastlegen er en viktig samarbeidspartner for hjemmesykepleien for å sikre forsvarlig medisiner og medikamenthåndtering (Fjørtoft, 2012), i Johannessen et al. (2013) fant de at helsepersonell i kommunen ønsker et tettere samarbeid med fastlegen. Som

fastlege er en ansvarlig for den medisinske oppfølgingen av pasienten. Fra praksis er vi kjent med at sykepleieren i kommunen er en viktig samarbeidspartner for fastlegen ved utprøving av medisiner. Det er en viktig sykepleieoppgave å formidle sine observasjoner av endringer hos pasienten til fastlegen (Fjørtoft, 2012). I situasjoner hvor det er krevende å finne et godt medikament for pasienten, har fastlegen mulighet til å kontakte en farmasøyt for en mer helhetlig vurdering. Fra egen praksis har vi opplevd at helsepersonell har fått undervisning av farmasøyter. Dette som en del av å heve kvaliteten på helsetjenesten.

Tverrprofesjonelt samarbeid rundt det hjemmeboende mennesket med demens omhandler ikke kun diagnostisering og behandling, men også å arbeide med å forhindre ytterligere funksjonssvikt og forebygging av komplikasjoner. Engedal og Haugen (2009) skildrer i sin bok hvordan flere demensrammede blir passive og mangler initiativ som følge av sykdommen. Som leder av det tverrprofesjonelle teamet kan sykepleieren velge å involvere fysioterapeut og ergoterapeut i det forebyggende arbeidet. Fysioterapeuten kan være behjelpelig med å planlegge og vurdere hvilke tiltak sykepleieren kan utføre for å mobilisere pasienten (Næss & Helbostad, 2012). I praksis har vi opplevd at fysioterapeut har hatt undervisning og veiledning for pleiepersonalet der slike tiltak har blitt iverksatt. Vi opplevde at en slik undervisning hevet kvaliteten i pleien som ble ytt til den enkelte. Næss og Helbostad (2012) peker på at ergoterapeuten kan bistå i å tilrettelegge rundt pasienten slik at vedkommende kan gjøre mere selv i hverdagen. Vi opplevde i praksis at ergoterapeuten kartlagte pasientens funksjoner gjennom å observere pasienten i gjennomføring av dagligdagse aktiviteter. Og på bakgrunn av sine observasjoner vurderte hvilke hjelpemidler som kunne bistå pasienten i mestring av sin hverdag.

Kari Martinsen mener at mennesket ikke kan forstås isolert fra omgivelsene, men må ses som en del av helheten (Kristoffersen, 2011). Som sykepleierstudenter har vi gjennom utdanningen hatt mulighet til å sette oss inn i historien til våre primærpasienter. Ved å kjenne enkeltmenneskets historie kan en tilrettelegge for gode opplevelser og meningsfulle øyeblikk på tross av sykdom og funksjonssvikt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Vi har sett at fysisk aktivitet i fellesskap gir pasientene opplevelse av å ha en innholdsrik hverdag som skaper glede og en følelse av tilhørighet gjennom deltagelse hos den enkelte. Gjennom praksisperiodene har vi sett at sykepleierens oppgaver og ansvar prioriteres fremfor anledninger til å skape gode øyeblikk. Likevel er sykepleierens særegne funksjon å hjelpe personer som er utsatt for helsesvikt å ivareta sine grunnleggende behov (Norsk Sykepleierforbund, 2008). Fjørtoft (2012) skriver at sykepleieren må være kreativ, engasjert og ha omtanke overfor pasientene for å skape gode øyeblikk. Hun sier at dette ikke trenger å kreve mye tid, det kan være enkle små øyeblikk som

en samtale over en kaffekopp, en klem eller tur ut for å nyte solen. Hun sier likevel videre at sykepleieren alene ikke besitter muligheten til å ivareta alle grunnleggende behov fullt ut. I Demensplan 2015 skrives det at kommunen er pliktig til å inkludere mennesker som er avhengig av hjelp i fellesaktiviteter som gir en aktiv og meningsfull hverdag (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007a), derfor er det viktig at vi engasjerer andre ressurser i samfunnet som kan bidra til å tilfredsstillende disse grunnleggende behovene, dette for eksempel gjennom å engasjere kulturliv og frivillige. Flere styringsdokumenter for helse og omsorg vektlegger at frivillighet og kulturliv er ressurser i fremtidens demensomsorg, Samhandlingsreformen fra 2009 trekker frem at bruk av frivillige kan bidra til å skape øyeblikk av mestring og livskvalitet hos den demenssyke (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Fra egen erfaring vet vi at det etter hvert som demenssykdommen progredierer kan det være utfordrende å skape gode øyeblikk, derfor er det viktig å involvere pasienten i ulike sosiale tilbud tidlig i sykdomsforløpet. Gjennom å delta på aktivitet og kulturelle tilbud kan en ivareta tre av Orems åtte grunnleggende behov: behov for balanse mellom aktivitet og hvile, behovet for sosialt samvær og behovet for normalitet. Pasienten kan gjennom samvær med andre oppleve annerkjennelse av egen person og trygghet gjennom å kjenne sosial støtte fra andre. Pasienten kan få en følelse av tilhørighet og fellesskap gjennom å bedrive aktiviteter med andre (Smeby & Helgesen, 2011). Eksempler på tilpassede arenaer for denne pasientgruppen er dagsentra, Inn på tunet gårder, besøksvenner, besøksdyr, gågrupper og dansegrupper. Demenskoordinatoren har kunnskaper om hvilket tilbud den aktuelle kommune har (Eilertsen, 2013), gjennom samarbeid med demenskoordinator kan sykepleieren få oversikt over hvilket tilbud kommunen kan tilby. Fra vår egen praksis er vi kjent med at også ergoterapeuter har kunnskaper på dette området. Vi har opplevd at ergoterapeuten har tatt med pasienten ut på ulike aktiviteter som for eksempel strikkecafe eller butikkhandling.

6.0 Oppsummering

I tiden fremover vil andelen eldre øke, dette setter et press på den kommunale omsorgstjenesten. (Næss & Helbostad, 2012). Næss & Helbostad (2012) peker på at tverrfaglig samarbeid vil være et svar på hvordan kommunehelsetjenesten skal møte fremtidens helseutfordringer. Ulike lovverk og styringsdokumenter støtter opp om tverrfaglig samarbeid og legger dette frem som et virkemiddel for å møte fremtidens helseutfordringer og samtidig heve kvaliteten i de eksisterende tjenestene. Oppgaven har presentert hvordan disse styringsdokumentene og lovverkene ikke samsvarer med dagens praksis i kommunehelsetjenesten. Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging av pasienter med demens ferdigstilles i 2017. Det er avdekket svikt i samhandling mellom tjenestene, som viser at det er behov for å klarlegge arbeidsoppgaver og ansvar (Helsedirektoratet, 2016).

Vi ser på sykepleieren som en ideell koordinator for samarbeidet fordi sykepleieren har oversikt over pasientens helsetilstand og hvordan dette påvirker pasientens hverdag. Sykepleieren har kontakt med pårørende og har erfaring med å lede en tverrprofesjonell arbeidsgruppe.

Tverrfaglig samarbeid i hjemmetjenesten er krevende i form av tid og ressurser. Samarbeidet krever planlegging, forhandlinger, iverksetting av tiltak og evaluering av behandlingen. Som leder må sykepleieren ha kunnskaper om sine samarbeidspartners kompetanse, av erfaring vet vi dette er nødvendig for å kunne dra nytte av samarbeidets fulle kompetanse. Skadsheims (2013) og Jacobsens (2010) forskning trekker frem ydmykhet og respekt overfor andres kompetanse, profesjonell modenhet, felles målsetting, nok tid og tilgjengelighet som faktorer som fremmer samarbeid. Tilrettelegging og støtte fra arbeidsgiver er avgjørende for et slikt samarbeid (Jacobsen, 2010, Skadsheim, 2013).

Oppgaven gir noen svar på hvordan sykepleieren kan koordinere ressurser og omsorgstjenester for å yte en mer helhetlig tjeneste til hjemmeboende pasienter med demenssykdom. En slik omsorgstjeneste til hjemmeboende pasienter med demens kan i dag realiseres gjennom å jobbe tverrfaglig og samtidig dra nytte av pårørende som en ressurs og frivillige og kulturelle tilbud. Ingen yrkesgruppe alene kan ivareta helheten, men sammen er vi gode.

7.0 Litteraturliste

*Aubert, V. (1972). *Det skjulte samfunn*. Oslo: Pax forlag AS.

Berentsen, V. D. (2008). Kognitiv svikt og demens. I Kirkevold, M. (Red.), Brodtkorb, K. (Red.) & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 350-382). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Callahan, C. M., Boustani, M. A., Unverzagt, F. W., Austrom, M. G., Damush, T. M., Perkins, A. ... Hendrie, H. C. (2006). *Effectiveness of Collaborative Care for Older Adults With Alzheimer Disease in Primary Care A Randomized Controlled Trial*. Lokalisert på <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=202837>

*Cavanagh, S. J. (1999). Hva er sykepleie? I S. J. Cavanagh, *Orems sykepleiemodell i praksis* (s. 15-48). Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Den Norske Legeforening. (2013). *Fastlegeordningen: Veileder og kommentarutgave*. Lokalisert på <http://legeforeningen.no/PageFiles/131649/Fastlegeforskriften%202013.pdf>

*Eilertsen, H. F. (2013). Demenskoordinatorens arbeid med pårørende. *Geriatrisk sykepleie*, 5(1), 30-35. Lokalisert på https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/13gs1_demenskoordinator_1511.pdf

*Engedal, K. & Haugen, K. (2009). *Lærebok demens: Fakta og utfordringer* (5. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

*Fellesorganisasjonen. (s.a.). *Vernepleieren*. Lokalisert på <https://www.fo.no/vernepleiere/category147.html>

Fjørtoft, A-K. (2012). *Hjemmesykepleie - Ansvar, utfordringer og muligheter* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

*Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonalt faglig retningslinje om utredning av demenssykdom og oppfølging av personer med demens og deres pårørende*. Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/nasjonalt-faglig-retningslinje-om-utredning-av-demenssykdom-og-oppfolging-av-personer-med-demens-og-deres-parorende>

*Helse- og omsorgsdepartementet. (2007a). *Demensplan 2015 "Den gode dagen"*. Lokalisert på <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/Vedlegg/Planer/Demensplan2015.pdf>

*Helse- og omsorgsdepartementet. (2007b). *Rundskriv: Aktiv omsorg*. (Rundskriv av 05.06.2007). Lokalisert på https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan_2015/rundskriv_i_5_2007.pdf

*Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Demensplan 2015 "Den gode dagen". Revidert Handlingsprogram for perioden 2012-2015*. Lokalisert på https://www.regjeringen.no/contentassets/80a24704aba7477d946fee1000fcf81f/demensplan_2015.pdf

*Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. (St. meld. nr. 26, 2014-2015). Oslo: Departementet.

*Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). *Demensplan 2020: Et mer demensvennlig samfunn*. Lokalisert på https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf

*Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. (St. meld. nr. 47, 2008-2009). Oslo: Departementet.

Helse- og omsorgstjenesteloven, LOV-2011-06-24-30. (2012).

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. (2001).

Høgskolen i Hedmark. (2015). *Retningslinjer for bachelor oppgave i sykepleie(4bach)*. Lokalisert på

[https://fronter.com/hihm/links/files.phtml/5735e5051dedf.1478840829\\$363800780\\$/Arkiv/Mappe_percent_2C+studieansvarlig/RETNINGSLINJER+FOR+BACHELOR+OPPGAVE+I+SYKEPLEIE.pdf](https://fronter.com/hihm/links/files.phtml/5735e5051dedf.1478840829$363800780$/Arkiv/Mappe_percent_2C+studieansvarlig/RETNINGSLINJER+FOR+BACHELOR+OPPGAVE+I+SYKEPLEIE.pdf)

*Jacobsen, G. (2010). *Tverrfaglig samarbeid - pynt eller praksis?* (Masteroppgave, Høgskolen i Oslo). Lokalisert på https://oda.hio.no/jspui/bitstream/10642/548/2/Jacobsen_Gro.pdf

*Johannessen, A., Povlsen, L., Bruvik, F., Ulstein, I.(2013). *Implementation of a multicomponent psychosocial programme for persons with dementia and their families in Norwegian municipalities: experiences from the perspective of healthcare professionals who performed the intervention*. Lokalisert på:

<http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.hihm.no/doi/10.1111/scs.12107/full>

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Bind 1* (s. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Lauvås, K. & Lauvås, P. (1994). *Tverrfaglig samarbeid: Perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget.

*Martinsen, K. (2014). "Vil du meg noe?" Om sårbarhet og travelhet i helsevesenets rom. I H. Alvsvåg, O. Førland & F. F. Jacobsen (Red.), *Rom for omsorg?* (s. 225-245). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

*McGowin, D. F. (1995). Reisen som ikke var planlagt. I D. F. McGowin, *Inn i labyrinten: En kvinnes kamp mot Alzheimer* (s. 17-25). Oslo: Hjemmets bokforlag

*Norsk Ergoterapiforbund. (2013). *Kompetanser i ergoterapi: Ergoterapeuter gjør hverdagslivet mulig*. Lokalisert på [file:///home/chronos/u-2c3ffdb023a3d615897f35cd448e5f7cc3e9ed5a/Downloads/Kompetanser%20i%20ergoterapi,%20web%20\(1\).pdf](file:///home/chronos/u-2c3ffdb023a3d615897f35cd448e5f7cc3e9ed5a/Downloads/Kompetanser%20i%20ergoterapi,%20web%20(1).pdf)

*Norges Farmaceutiske Forening. (s.a.a). *En farmasøyt er ekspert på legemidler og bruken av disse*. Lokalisert på <http://www.farmaceutene.no/farmas%C3%B8yt>

*Norges Farmaceutiske Forening. (s.a.b). *Kommunefarmasøyt*. Lokalisert på <http://www.farmaceutene.no/kommunefarmasoyt>

*Norsk Fysioterapeutforbund. (2015). *Hva er fysioterapi? - utdypet*. Lokalisert på <https://www.fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>

*Norsk Helseinformatikk. (2013). *Demensmedisiner*. Lokalisert på <http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/eldre/demens-medisiner-mot-6052.html?page=2>

*Norsk Sykepleierforbund. (2008). *Sykepleie - et selvstendig og allsidig fag*. Lokalisert på <https://www.nsf.no/Content/135904/Sykepleie%25202008.pdf>

*Næss, G. & Helbostad, J. L. (2012). Geriatrisk vurdering og behandling - tverrfaglig samarbeid. I M. Bondevik, H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri: En innføring* (3 utg., s.63-78). Bergen: Fagbokforlaget

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2001).

*Skadsheim, T. K.(2013). *"Vi må gjøre mer av det som funker"*. En studie av tverrfaglig samarbeid mellom kommunale tjenester. (Masteroppgave, Høgskolen i Østfold). Lokalisert på <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/109686/Skadsheim1.pdf>

Smebye, K. L. & Helgesen, A. K. (2011). Kontakt med andre. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3* (s. 41-70). Oslo: Gyldendal Akademisk

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1: PICO-skjema

Spørsmål som skal besvares/ problemstilling:

Hvordan kan sykepleierledede tverrfaglige team bidra til god helhetlig omsorg for personer med demens i hjemmet.

P Pasientgruppe eller populasjon	Pasienter med demens, hjemmeboende
I Egenhet ved gruppen – tiltak som skal iverksettes eller risiko	Tverrprofesjonelt samarbeid, sykepleierledet team
C Sammenlikning av et eller flere tiltak	
O Ønsket utfall eller resultat	God forsvarlig omsorg i hjemmet

Søkeord knyttet til deler av spørsmålet/ problemstillingen

P	I	C	O
Demens	Tverrfaglig samarbeid		
Dementia	Tverrprofesjonelt samarbeid		
Hjemmesykepleie / Hjemmeboende	Interprofessional relations		
Home care services	Interdisciplinary communication		
Primary health care	Collaborative practice		
	Interprofessional collaboration		

8.2 Vedlegg 2: Søkelogg

Database	Søkeord	Begrensninger	Antall treff/dato	Merknader
EBSCOhost	Dementia, intervention, home-dwelling	Full-tekst, publiseringsdato mellom 2005-2015, Scholarly (Peer Reviewed) Journals	24 5.april 2016	Brukt tilgang gjennom høgskolens i Hedmark.
Oria	Tverrfaglig samarbeid	Fulltekstdokumenter, Masteroppgaver, publiseringsdato mellom 2005-2014	Treff 29, 29.april 2016	Tilgang gjennom Høgskolens i Hedmark
PubMed	Collaborative care, Alzheimer, primary care	Fulltekstdokumenter, publiseringsdato siste 10 år, Art: mennesker	Treff 34, 5.april 2016	Tilgang gjennom Høgskolen i Hedmark
HiØ Brage	Tverrfaglig samarbeid	Masteroppgaver	Treff 19 10.mai 2016	