

## Vurderingsinnlevering

---

Emnekode: SYKSB 3001

Emnenamn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling  
Bacheloroppgåve

Eksamensform: Heimeeksamen

Leveringsfrist: 27.04.17 Kl:14.00

Kandidatnummer: 357

Rettleiar sitt namn: Ellen Johanne Svendsbø



Høgskulen  
på Vestlandet

## Kommunikasjon og tryggleik- i demens omsorg



Biletet er henta frå [www.google/demens.com](http://www.google/demens.com)

Bachelor i sjukepleie

Stord 2017

Kull 2014

Ord: 8813

## **Samandrag**

**Tittel:** Kommunikasjon og tryggleik- i demens omsorg

**Bakgrunn for val av tema:** Gjennom arbeidserfaring har eg møtt fleire personar med demens som bur heime og opplevd ulike problemstillingar knytt til kommunikasjon og tryggleik. I tillegg har eg gjennom sjukepleieutdanninga auka kunnskapen om demens og forstår at eit meir demensvennleg samfunn er eit mål for Helse- og omsorgsdepartementet (Regjeringen, 2015).

**Problemstilling:** Korleis kan personar med demens oppleve tryggleik og kan sjukepleiaren gjennom kommunikasjon bidra til å betre tryggleiken?

**Oppgåvas hensikt:** Å auka kunnskapen om personar med demens som bur heime samt å sjå samanhangen mellom kommunikasjon og tryggleik i demensomsorg.

**Metode:** Oppgåva er eit litteraturstudie, med bruk av forskning i databasar som Cinahl og Svemed. Det vart brukt søkeord som til dømes «dementia», «nursing», «communication», «home bound», «safety» og «patients», engelsk og norsk. Fire forskingsartiklar vert presentert og drøfta i oppgåva.

**Resultat:** Forsking seier at ved å praktisera kunnskap om kommunikasjon og tryggleik til personar med demens som bur heime kan sjukepleiaren utgjera ein forskjell. På bakgrunn av forskning er det hevda at mange ynskjer å bu heime og tenester frå heimesjukepleie er med på å bidra slik at dei kan bu heime med redusert risiko.

**Oppsummering:** Eg har auka kunnskapen min om demens gjennom denne oppgåva og med dette fått nye tankar om korleis ein skal møte personar med demens i mitt arbeid som framtidig sjukepleiar. Ved å ha kunnskap om kommunikasjon og tryggleik hos personar med demens som bur heime, kan sjukepleiar utgjera ein forskjell.

**Nøkkelord:** demens, kommunikasjon, tryggleik og sjukepleie

## **Summary**

**Title:** Communication and security- in dementia care

**Background:** I have met several persons with dementia living at home through my work experience. In addition I have obtained more knowledge about dementia during my nurse education and I understand that a value-added society is a goal for the Ministry of Health and Care Services (Government, 2015).

**Approach to task:** How can people with dementia experience security and can nurse through communication help to improve security?

**Purpose:** To improve my knowledge about persons with dementia living at home as well as look upon the connection between communication and security in dementia care.

**Method:** A literature review, where I have searched for research articles in databases as Cinahl og Svemed, has been applied. To find actual and accurate articles, I have used keywords as «dementia», «nursing», «communication», «home bound», «safety» and «patients», English and Norwegian. Four specific research articles have been chosen to be presented and discussed.

**Conclusion:** Research claims that by practicing knowledge of communication and security for persons with dementia living at home can the nurses make a difference. On the basis of research, it is claimed that many people wish to live at home and nursing care helps to make this possible with reduced risk.

**Summary:** My knowledge about dementia has increased through this study. My understanding of the challenges persons with dementia living at home have, and the safety issues for these persons, has improved. Nurses knowledge about communication and safety for persons with dementia living at home, can make a difference.

**Keyword:** dementia, communication, safety/security and nursing

## Innhold

Innleiing .....	1
1.1. Bakgrunn for val av tema .....	1
1.2. Problemstilling .....	1
1.3. Hensikt med oppgåva .....	2
1.4. Definisjon av omgrep i problemstillinga .....	2
1.5. Oppgåvas disposisjon .....	3
2. Teori.....	3
2.1.Sjukepleieteoretisk perspektiv .....	3
2.2. Om pasientgruppa .....	4
2.3. Personsentrert omsorg .....	6
3. Metode .....	8
3.1. Litteraturstudie .....	8
3.2. Framgangsmåte .....	8
3.2.1. Søketrategi.....	8
3.3. Etiske overveielsar .....	10
3.4.Metodekritikk.....	11
4. Resultat .....	12
4.1. Samandrag av kvar artikkel .....	12
4.2 Kritisk vurdering av artiklar .....	14
4.3 Oppsummering av artiklar .....	16
5. Drøfting.....	17
5.1 Kommunikasjonsferdigheter.....	17
5.2 Tenestetilbod og heimesjukepleie .....	19
5.3 Omsorgsgivarar .....	21
5.4 Risiko og tryggleik .....	22
Kjelder .....	25
Vedlegg 1: Resultattabell over inkluderte forskningstabeller.....	28

## **Innleiing**

### **1.1. Bakgrunn for val av tema**

I følgje Nasjonalforeiningen for folkehelse (2016) har Norge i dag over 77 000 menneske med syndromet demens og det ser ut til at dette talet vil fordobla seg i åra framover. Syndromet demens vert ikkje sett på som ein naturleg del av det å bli eldre, men det skyldast ein hjernesjukdom som gir praktisk og kognitiv svikt. utfordringar for personar med demens er at det vert vanskeleg å utføra kvardagslege gjeremål, hukommelsen vert endra og ein får vanskar med å orientera seg (Nasjonalforeiningen, 2016).

For å bidra til eit meir demensvennleg samfunn har Helse- og omsorgsdepartementet etablert Demensplan 2020. Målet for regjeringa er å skape ei omsorgsteneste kvar brukarens og pasienten si helse- og omsorgsbehov står i fokus. For å utvikla gode og brukarvennlege tenester har brukarar og deira nærmaste delteke i utviklinga av Demensplan 2020. Denne presiserer at alle skal få individuelt lagt til rette tenester i eigen heim for å kunne bu heime. For at den enkelte og omsorgsgivar skal oppleve tryggleik og sikkerhet må kommunen tilpasse tenestene til den enkelte (Regjeringa, 2015).

På bakgrunn av dette har eg valt temaet demens og som framtidig sjukepleiar vil eg sannsynlegvis møte på personar med demens i dei aller fleste institusjonar, i heimar og på sjukeheimar. I tillegg er eg interessert i å tileigna meg meir kunnskap om demens og om personar med demens som bur heime. Eg vil spesifikt sjå på samanhengen mellom tryggleik og kommunikasjon til personar med demens grunna gjennom eigen erfaring har eg opplevd at god kommunikasjon er viktig for å ivareta tryggleiken i heimen.

### **1.2. Problemstilling**

Problemstillinga oppgåva vil omhandle er: Korleis kan personar med demens oppleve tryggleik og kan sjukepleiaren gjennom kommunikasjon bidra til å betre tryggleiken?

For å avgrense oppgåva har eg valt å skrive om personar med demens som bur heime og difor vert stadiet av demens den fyrste fasen som er mild demens. I oppgåva vil eg vidare nytta omgrepet personar med demens utan å spesifisera stadiet. Oppgåva vil minimera pårørande perspektivet, sjølv om det er ein viktig og interessant faktor, og i denne samanhengen vil ordet

omsorgsgivar bli brukt som omgrep. Eg har valt å bruke ordet sjukepleie/sjukepleiarar når eg skal beskriva helse og omsorgspersonell grunna dette omgrepet vert mest relevant for denne sjukepleieoppgåva. I oppgåva omfattar omgrepet tryggleik også sikkerhet noko Maslow (Thorsen, 2014, s.110) beskriv som «safety needs» også kalla tryggleik eller sikkerhet, noko som er eit grunnleggande behovet etter mat, drikke og søvn.

### **1.3. Hensikt med oppgåva**

Hensikta med oppgåva er å belyse problemstilling og tema rundt kommunikasjon og tryggleik til personer med demens som bur heime. Gjennom dette vil eg tileigne meg auka kunnskap om denne gruppa og dette tema spesielt. I tillegg vil eg finne ut om det er ein samanheng mellom tryggleik og kommunikasjon, og om dette kan bidra til å betra kvardagen til både personar med demens og sjukepleiarar.

### **1.4. Definisjon av omgrep i problemstillinga**

#### **Tryggleik**

«Tryggleik er relasjonell, den står alltid i forhold til noko», beskriv Thorsen (2014, s. 106-107). Tryggleik har ulike opphavlege tydingar der til dømes Dansk etymologisk ordbok (Thorsen, 2014, s.106-107) seier at ordet «trygg» beskrivast som påliteleg, sikkert og ubekymret. Andre beskrev tryggleik med ord som tru, ærleg og påliteleg og å ha eit forhold til andre menneske. Oppleving av tryggleik kan endra seg og det som ein gong var trygt, kan opplevast som at det ikkje lengre er det, i følgje Thorsen (2014, s. 126). Vidare vert omgrepet tryggleik utdjupa meir under punkt 2.3 nedanfor.

#### **Kommunikasjon**

Berentsen og Solheim (2008, s.139) beskriv at det må minst vera ein sendar og ein mottakar til stades for at ein kan kalla det kommunikasjon og det kan vera utveksling av ord og handlingar. I følgje Rokstad (2014, s. 38-39) består kommunikasjon av verbal og non-verbal kommunikasjon og døme på dette kan vera ord eller uttrykk. Det kan vera å gi ein beskjed, prøve å forstå kva andre føler, oppnå fortrulegheit og prøve å løyse utfordringar saman. Personar med syndromet demens kan synsast det er vanskeleg å få andre til å forstå kva dei meiner, ynskjer og behov beskriv Rokstad (2014, s.38).

#### **Heimesjukepleie**

Heimesjukepleie i følge Birkeland og Flovik (2012, s. 38) definerer seg som utøving av pleie i pasientens heim. Fagområdet som utøvast skjer i det «daglege livet i heimen» og innan offentleg tenesteyting. Wyller (2011, s.40) beskriv at heimebuande eldre skal få bu heime så lenge som mogleg og tenestene skal innehalde tilstrekkeleg fagleg kompetanse. I tillegg bør oppfølginga vera tilstrekkeleg slik at pasientens helsetilstand er optimalisert og at ein ikkje berre utfører ei passiv «pleie».

I Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) (2017) er det spesifisert i § 4-1. Den enkelte kommune skal leggje til rette for ein forsvarleg pleie: «den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud». Dette gjeld både helsetenester i heimen og i institusjon (§ 3-2).

## **1.5. Oppgåvas disposisjon**

Sentrale omgrep vil belyse teori om demens, tryggleik, kommunikasjon og heimesjukepleie. Joyce Travelbee sin sjukepleieteori vil belysa funn i artiklane og vidare vil eigen erfaring og vurdering bli drøfta i forhold til dette. Metode i oppgåva er litteraturstudie og dette vert presentert under metodekapittelet.

## **2. Teori**

### **2.1.Sjukepleieteoretisk perspektiv**

Som sjukepleieteoretisk perspektiv er det Joyce Travelbee sine teoriar som er det teoretiske grunnlaget for oppgåva. I tillegg vil aktuelle artiklar belyse tema knytt til kommunikasjon, tryggleik og heimesjukepleie for personar med demens som bur heime.

#### **2.1.1 Joyce Travelbee**

Oppgåva byggjar på Joyce Travelbee (Kristoffersen, 2014, s. 216) sin sjukepleieteori og den tek utgangspunkt i eit eksistensialistisk menneskesyn kvar liding og smerte er ein del av menneskelivet som ein ikkje kan unngå. Travelbee sitt menneskesyn pregast av at kvar person er unik og at kvar enkelt er eineståande og uerstatteleg. Liding opplevast forskjellig frå person til person.

Håp er ein sentral del i Travelbee si tenking og ei av sjukepleiarane si oppgåve er å bidra til at personen held fast ved håpet (Travelbee, 1999, s. 117). Sjølv om håp er ein viktig del, vil



oppgåva fokusera på relasjon og etableringsfasen i eit menneske-til-menneske-forhold.

Travelbee beskriv sjukepleie som følgjande:

sjukepleie er ein mellommenneskeleg prosess der den profesjonelle sjukepleiaren hjelper ein person, ein familie eller eit samfunn med å førebyggja eller meistra erfaringar med sjukdom og lidning, og om nødvendig å finne ein meinig med desse erfaringane (Kristoffersen, 2014, s. 216).

Travelbee beskriv lite om korleis miljøet til det sjuke mennesket er, sjølv om kulturen og familie vil ha ei betydning til det sjuke menneske når det gjeld sjukdom og lidning. Travelbee si sjukepleietenking handlar fyrst og fremst om enkeltmenneska, men familie og samfunn er også knytt til mottakarar av sjukepleie (Kristoffersen, 2014, s. 216). Travelbee vert beskriven av Kristoffersen (2014) som ein teoretikar som seier at det er viktig for mennesket å møte sjukdom og lidning individuelt og personleg.

Upersonleg, overflatisk og mekanisk omsorg kan oppstå dersom sjukepleiaren har ein manglande evne til å sjå individet til pasienten (Kristoffersen, 2014, s. 220-221). Eit av sjukepleiaren sine viktigaste reiskaper er kommunikasjon og gjennom det må sjukepleiaren evna å skapa eit godt forhold til den enkelte. For at personen skal kunne stola på sjukepleiaren og å føla seg trygg må sjukepleiaren gjennom sine handlingar oppnå tillit frå den enkelte. Prosessen i kommunikasjonen mellom menneska går ut på å formidle kjensler og tankar til kvarandre og gjennom dette skapar ein eit bli kjent forhold. Travelbee hevdar at utføring av sjukepleie har ei føresetnad om at ein må bli kjent med den enkelte og at ein må identifisera individuelle behov slik at planlegginga og utføringa samsvarar med den enkelte sine individuelle behov (Kristoffersen, 2014, s. 220-221).

## **2.2. Om pasientgruppa**

### **2.2.1 Demens**

Wyller (2011, s. 269-270) beskriv demens som eit syndrom. Grunnen til at det kallast eit syndrom skyldast ei samling av symptomar. Engedal og Haugen (2009) i Wyller (2011, s.271) deler inn demenssjukdommen utifrå klassifikasjonar. Degenerative hjernesjukdommar er fyrste gruppa og den består av alzheimers, frontotemporallappdemens og demens med lewylegemer berre for å nemne nokre. Den andre gruppa er vaskulær demens som skyldast småkarsjukdom og infarkter. Sekundær demens i følge Berentsen (2008, s.74) skyldast andre

sjukdommar som til dømes høgt alkoholforbruk, vitaminmangel, svulstar eller hjerneskadur.

Berentsen (2008, s.74) forklarar at celler i hjernen tilbakedannast og døyr ved degenerative hjernesjukdommar. Etter tilbakedanninga (degenereringa) av hjernecellene viser symptoma seg, og har karakterisert seg utifrå det skadde området. Ved vaskulær demens forklarar Berentsen (2008, s.74) at sjukdommen skyldast hjernens blodkar. Hjerneslag og blodårer i hjernen kan utvikla demens og symptoma avhenger av kva område i hjernen som er skada.

Bertelsen (2014, s. 326) forklarar at progredierande kognitiv hjernefunksjonssvikt, også kalla demens, oppstår hos personar som har fungert godt kognitivt tidlegare. Det er viktig å kunne skilja mellom kognitiv svikt og demens. I følgje Engedal og Haugen (2004) i Berentsen (2010, s.350-351) er ikkje kognitiv svikt og demens det same, men mange bruker disse orda med det same omgrepet. Dei kognitive funksjonane sviktar ved demens, men ikkje alle som får kognitiv svikt får demens, noko som ikkje er lett å skilja. Førekomsten av demens aukar med alderen og kvinner rammast oftare enn menn. Graden av demens deles inn i mild, moderat og alvorleg demens.

Mild grad av demens er den byrjande fase der personen og dei rundt merkar at ein gløymer noko som gir konsekvensar i daglege gjeremål som til dømes å hugsa avtalar, henta post, vanskar med klokka, kalender og ord/setningar gir lite meining (Berentsen,2010, s. 355).

Moderat grad av demens er fasen kvar personen har vanskar med å klara seg sjølv utan bistand frå andre. Symptom som dårleg hukommelse, kommunikasjonsvanskar, vanskar med påkledning, matlaging og klesvask er gjeremål som vert kompliserte (Berentsen,2010, s. 355).

Alvorleg grad av demens er fasen der personen avhenger av kontinuerleg tilsyn og pleie. Personen slit med å hugsa familie, og er lite orientert for tid og stad. Situasjonsforståing og oppfatninga av kva andre seier er ikkje tilstade og ein har eit avgrensa ordforråd. Personen slit med å styre bevegelser og det er usikkert om sanseintrykka tolkast, i tillegg til at ein er inkontinent for urin og avføring (Berentsen,2010, s. 355).

Ulstein (2012, s.295-296) beskriv at demens vanlegvis rammur eldre personar over 65 år og at det forverrar seg som oftast over tid. I følgje Berentsen (2010, s. 355) avhenger symptoma av kva demens sjukdom ein får og korleis den utviklar seg over tid. Sjukdomsforløpet kan vera

alt i frå kort og intenst til å utvikla seg over ein lengre periode. Ved til dømes alzheimers starter sjukdommen med svekka hukommelse og den utviklar seg til problem med språk og å forstå kva ord betyr (Ulstein, 2012, s.296).

### **2.3. Personsentrert omsorg**

Personsentrert omsorg inneberer i følge McCormack og McCans i Rokstad (2014, s. 25) at det er ein relasjon mellom omsorgsgivar og person kvar personens egne preferansar vert verdsett i eit likeverdig forhold. Rokstad (2014, s. 28) framhevar at personsentrert demensomsorg er å verdsetja personar med demens gjennom heile sjukdomsbiletet. Omsorga må tilpassast enkeltmennesket, og den må utviklast i takt med sjukdomsutviklinga for å sikra den omsorga personen treng.

#### **2.3.1 Tryggleik**

I menneskenes liv er tryggleik ein viktig del. Ord som beskriv tryggleik kan vera påliteleg, sikkert, trufast og ærlig. Nokre av desse orda har noko med sjukepleie å gjera. Maslow presenterer eit omgrep han kallar «safety needs». På norsk vert dette omgrepet oversett til tryggleik og dette inkluderar også sikkerheits elementet, i tillegg til behovet for å bli sett og vist omsorg (Thorsen, 2014, s. 106-113). Når det gjeld å skape tryggleik er det ofte noko ein ynskjer, men tryggleiken sit ikkje hos oss som sjukepleiarar, men hos personen sjølv. Å leggje til rette for tryggleik er ikkje på noko måte likt hos alle menneske. Sjukepleiaren sin væremåte og evna til å ta vare på andre vert viktig i møtet med personen. Dette kan bidra til tryggleik og gode og nære relasjonar, noko som kan definerast som relasjonstryggleik (Thorsen, 2014, s. 119- 126).

Eriksen (2006, s. 12) beskriv at tryggleiksomgrepet i norsk samanheng overlappar safety og security. Tryggleik vert sett på som eit synonym for ordet sikkerhet på norsk og begge inngår under tryggleiksomgrepet. Det å vera trygg kan opplevast på mange måtar og kvar til dømes følelsen av å vera trygg i eigen heim vil opplevast ulikt for mange personar med demens som bur heime. For å prøve å forstå kva ein legg i omgrepet tryggleik kan ein stilla seg sjølv spørsmål om kva det motsette er. Risiko er ein motsetnad til tryggleik og kan bety usikkerhet og/eller fare (Eriksen, 2006, s. 12).

#### **2.3.2 Kommunikasjon**

Relasjonsskaping krev i følgje Rokstad (2014, s. 38), evne til tolmodighet, empati, kunnskap, varme, fleksibilitet og eit positivt menneskesyn. I tillegg krev relasjonskompetanse at ein må kjenne seg sjølv, forstå samspelet med andre og forstå opplevinga andre har. Kommunikasjon er ein grunnleggjande del av ein relasjon i følgje Rokstad (2014, s. 38). Det må også nemnast at kommunikasjon har fleire hensikter, den skal både sende beskjedar, ta i mot eit budskap og undersøkje andre sine kjensler.

Kommunikasjon består av verbal og non-verbal kommunikasjon. Dette kan vera ord og uttrykk, som til dømes kropp språk (Rokstad, 2014, s. 38). I møtet med personar med demens er kommunikasjon og samhandling viktig. Bruk av tid og å vera tydeleg i samtalen med bruk av augekontakt er nødvendig. Det er viktig å vise respekt, å vera medmenneskeleg og høfleg og bruke enkle ord med ikkje for lange setningar. Vidare må ein vera konkret og avgrensa temaet i samtalen. Ikkje minst er det viktig å vera tilstade i samtalen der og då (Rokstad, 2014, s. 96). Personar med demens kan ofte trenge tid til å oppfatte kva som vert sagt før dei skal svare/utrykke seg. Rokstad (2014, s. 96) seier at ein må prøve å forstå personen og ikkje berre tru at det er nok å ha kunnskap om demens.

Kommunikasjon kan vera forskjellig utifrå ulike roller og utifrå kva verksemd ein finn seg i. Med verksemd meiner ein til dømes ein arbeidssituasjon (Renolen, 2015, s.49). Renolen (2015, s. 210-211) framhevar til dømes aktiv lytting og empatisk kommunikasjon som ein god metode.

### **2.3.3 Heimesjukepleien**

Heimesjukepleie definerer seg som utøving av pleie i den enkeltes heim. Fagområdet som utøvas skjer i det «daglege livet i heimen» og innan offentleg tenesteyting (Birkeland & Flovik, 2012, s. 38). Heimesjukepleien utvikla seg hovudsakleg i 1970-1980 åra, sjølv om pleie i heimen hadde vore aktuelt i mange år før dette. Heimesjukepleien vart ein del av den offentlege helsetenesta i 1972 kvar heimesjukepleien skulle vera eit alternativ til institusjonsinnlegging. Behandling og observasjonar skulle bli gjort utanfor sjukehus/institusjonar og alle norske kommunar hadde i 1982 eit slikt tilbod om heimesjukepleie (Birkeland & Flovik, 2012, s. 15).

Etter den tid har det skjedd ei stor endring ved at heimesjukepleien har vorte ei lovpålagt teneste med namn: *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og*

omsorgstjenesteloven,2017). Tenesta inneheld ansvar for pasientgrupper med multiple diagnosar, dårleg funksjonsnivå, personar med alt frå demens, kreft og så vidare (Birkeland & Flovik, 2012, s. 15-16). I følgje Kristoffersen (2014, s.287) beskriv helse- og omsorgstjenesteloven §3-2 at kommunen har eit ansvar å tilpasse helsetenestene i kommunen etter innbyggjarane sine behov. Heimesjukepleien si oppgåve er å utføre pleie, omsorg og rehabilitering.

### **3. Metode**

#### **3.1. Litteraturstudie**

Ein metode vert definert som ein måte å komme fram til kunnskap eller prøve ut ulike påstandar som har eit krav om å vera haldbare, gyldige eller sanne. Metoden beskriv korleis me kan få tak i kunnskap eller korleis kunnskap kan etterprøvast. Datainnsamling er ein del av metoden og den bidreg til finne informasjon som undersøkinga avhenger av. Grunnen til val av metode byggjer på kva data den gir oss og hjelp til å svare på spørsmålet vårt (Dalland, 2007, s. 81). Den kvantitative metoden samlar inn data som forklarar fenomen ved bruk av målbare einingar. Ein kvalitativ metode går meir inn for å samla inn meiningar og opplevingar som er vanskeleg å måle og talfesta (Dalland, 2007, s. 82-83).

Å bruke litteratur på ein systematisk måte er eit godt hjelpemiddel for å skrive ei god bacheloroppgåve (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 62). Ein systematisk gjennomgang av litteratur kan bestå av data frå fagartiklar og rapporter. Gjennomgangen av litteratur er fyrst å velja primærkjelde deretter lage ein tydleg problemstilling. Dette utviklast til ein søkestrategi og avslutningsvis må resultata analyserast. Alle trinna i ein litteraturstudie krev ein systematisk tilnærming. Målet er å oppdatere lesaren og sørgje for at kunnskapen om problemstillinga vert godt belyst og tilslutt korleis ein har forstått kunnskapen. Problemstillinga skal beskriva eit definert forskingsområde og den systematiske litteraturoversikten skal gi ein god oversikt og vurdering av forskning og kunnskap som er relevant (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 62).

#### **3.2. Framgangsmåte**

##### **3.2.1. Søkestrategi**

Litteratursøk er valt metode for å skaffe seg litteratur til bacheloroppgåva og det er brukt både manuelle søk og søking i ulike databasar. Når det gjeld søk i ulike databasar er det teke

utgangspunkt i søkebasen Cinahl og Svemed med bruk av relevante søkeord og avgrensing. Søk i databasar gjekk føre seg gjennom seks trinn der trinn 1 gjekk ut på å formulera ei problemstilling. Trinn 2 handla om å forbereda litteratursøket. I trinn 3 vart det gjennomført eit litteratursøk inklusive søkehistorikk mens ein i trinn 4 vurderte kvaliteten på artiklane. I trinn 5 vart resultat/funn analysert og tolka og i trinn 6 vart resultatata samanfatta (Thidemann, 2015, s. 83-91). For å undersøka om artiklane er relevante er det brukt kritisk vurdering som verktøy i tillegg til bruk av sjekklister (Kunnskapsbasert praksis, 2012). Det er også sjekka om artiklane inneheld IMRAD (Innleiing, metode, resultat and diskusjon) struktur som samsvarar med forskingsprosessen som Thidemann (2015, s. 68) beskriv. Når det gjeld manuelle søk er litteratur henta frå både anbefalt pensum og anna relevant teori som bidreg til å belyse valt problemstilling.

På bakgrunn av søkestrategi og valt problemstilling er fire artiklar valt ut og søketabellane vert presentert nedanfor.

### **Artikkel 1- Communication skills training in dementia care**

Til å finna artikkelen vart det brukt søkebasen Cinahl. Søket vart gjort 13.01.17 og på bakgrunn av 79 treff vart artikkel valt ut då den var den mest relevante og interessante i forhold til problemstillinga.

<b>Dato</b>	<b>Søk nr.</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Avgrensing</b>	<b>Treff</b>
13.01.17	S1	Home care		35,344
13.01.17	S2	Home bound		750
13.01.17	S3	Elderly		50,301
13.01.17	S4	Dementia		32,915
13.01.17	S5	Nursing		504,482
13.01.17	S6	S1+S2+S3+S4+S5		4
13.01.17	S7	S1+S4+S5		1064
13.01.17	S8	S1+S4+S5	2007-2017	709
13.01.17	S9	Communication	2007-2017	57,796
13.01.17	S10	S8+S9	2007-2017	79

## Artikkel 2- Living alone with dementia

Ved søk av denne artikkelen vart det brukt søkebasen Cinahl, den 13.03.17.

Dato	Søke nr.	Søkeord	Avgrensing	Treff
13.03.17	S1	Nursing		506,760
13.03.17	S2	Safety		119,081
13.03.17	S3	Dementia		33,292
13.03.17	S4	Patients		902,769
13.03.17	S5	Lives at home		4,054
13.03.17	S6	S1 And S2 And S3 And S4 And S5		7

## Artikkel 3- Care and service at home for persons with dementia in Europe

Ved søk til val av denne artikkelen vart det brukt same søkestrategi som i artikkel 2 då også denne artikkelen vart vurdert som interessant i forhold til problemstillinga.

## Artikkel 4- Familiebasertomsorg på godt og vondt

Ved søking til artikkelen har eg brukt søkebasen Svemed, og søket vart gjort 17.03.17.

Dato	Søke nr.	Søkeord	Avgrensing	Treff
17.03.17	S1	Demens		1858
17.03.17	S2	Kommunikasjon		6762
17.03.17	S3	Trygghet		60
17.03.17	S4	S1 And S2 And S3		0
17.03.17	S5	Hjemmeboende		30
17.03.17	S6	S1 And S2 And S5		0
17.03.17	S7	S1 And S5		6

### 3.3. Etske overveielsar

Ved søk av litteratur som passar best til valt problemstilling er det brukt litteratursøking, som Dalland (2007, s. 64-65) beskriv. For å fastslå om ei kjelde er sann er kjeldekritikk som metode nytta. Med denne metoden har ein vurdert og karakterisert kjeldene som er brukt. Ved å bruka kjeldekritikk får lesaren ta del i refleksjonane ein har gjort seg om relevansen og

gyldigheten til litteraturen. Med bruk av kjeldekritikk har ein synleggjort at ein klarar å forholde seg kritisk til kjeldematerialet som er valt i oppgåva, og kva kriterier ein har brukt til utveljing av litteratur. Kjeldekritikk handlar om å vurdera og karakterisera den valte litteraturen, og vurdering i kva grad teorien og forskingsresultata let seg bruka i problemstillinga. Kunnskap er eit viktig grunnlag når ein skal bruke kjeldekritikk (Dalland, 2007, s. 70-73). Informasjon frå valte artiklar vil bli best mogleg oppsummert utan direkte avskrivning då plagering ikkje er lov.

### **3.4. Metodekritikk**

For å bruke data i oppgåva er det to krav som må vera tilstade. Det eine er at data må vera relevant for valt problemstilling og det andre at data må vera påliteleg. I tillegg skal resultatata vera sanne og mogleg å kontrollera i ettertid (Dalland, 2007, s.91- 94).

Eg har valt eit spørsmål om tryggleik og kommunikasjon til personar med demens som problemstilling og dette betyr at eg allereie har gjort meg ein oppfatning om temaet. På bakgrunn av dette har eg søkt spesifikt etter litteratur som kan bidra til å svara på problemstillinga og med det kanskje ikkje vert nysgjerrig nok om andre vinklingar og resultat om same tema. Ved bruk av andre søkeord ville eg sannsynlegvis fått anna informasjon og funn som ville påverka innhaldet i oppgåva. Om dette hadde påverka konklusjonen er vanskeleg å fastslå då mykje av teorien/artiklane slår fast at dei fleste personar med demens ynskjer å bu heime og då er spørsmålet korleis eg som framtidig sjukepleiarar kan bidra til at det vert så trygt som mogleg for dei å bu heima.

Eg har nytta både kvalitative og kvantitative artiklar i tillegg til oppsummeringsstudie i oppgåva. Eg har gjennom dette fått ulike vinklingar på korleis tryggleik og kommunikasjon med personar med demens kan oppfattast. Som kritikk til oppgåva ser eg at det kan vera vanskeleg å fastslå at ein som framtidig sjukepleiar klarar å ivareta tryggleiken til alle personar med demens grunna enkeltindividas ulikskap, men som Travelbee (Kristoffersen, 2016) seier er det viktig å prøve å skapa ein ærleg og påliteleg kontakt med kvar enkelt menneske.

Eg valte å starte skriving av oppgåva tidleg og ser at dette har vore nyttig då eg har hatt tid til å ha gode prosessar med rettleiing underveis. Eg har brukt kunnskap frå eigen praksis erfaring der eg har konsekvent tatt døme ut i frå at det skal være anonymt og generelt sånn at det ikkje



skal vera mogleg for nokon å finne ut kven personane er. Når det gjeld prosessen i eget arbeid synes eg det var vanskeleg å finne artiklar som var gode nok til å få fram ny kunnskap. Ved at så mange av artiklane er skriven på engelsk er det også krevjande å kvalitetssikre at ein har forstått innhaldet godt nok. Nokre av artiklane er forholdsvis gamle, men på grunn av interessante innhald valte eg å nytta dei. Ein kritikk til meg sjølv i etterkant er at oppgåva moglegvis ville blitt annleis dersom eg hadde brukt meir tid på litteratursøk og vert enda meir målretta i kva type innhald i artiklane eg var ute etter.

## 4. Resultat

### 4.1. Samandrag av kvar artikkel

#### 1. Communication skills training in dementia care, Eggenberg, Heimerl og Bennett (2013)

Eggenberg, Heimerl og Bennett (2013) har fokus på kommunikasjonsferdigheter og trening av kommunikasjon innan demensomsorg. I følgje forfattarane fører ofte mangel på kunnskap om endra/utfordrande oppførsel blant personar med demens til dårleg kommunikasjon, frykt og misforståingar. Sjukepleiar møter difor mange kommunikasjons utfordringar når dei har omsorg for personar med demens i heimen. I studia var det identifisert 7 ulike områder som påverkar kommunikasjonsferdighetane. Dette var verbale ferdigheter, ikkje-verbale/kjenslemessige ferdigheter, haldningar til personer med demens, oppførsel, bruk av verktøy, eigen erfaring og teoretisk kunnskap. Dette er haldningar, ferdigheter og kunnskap som er viktige for å sikre god kommunikasjon i demens omsorg. Ved å trena på kommunikasjon vert både kommunikasjonsferdigheter, kompetanse og kunnskap positivt påverka. Undersøkinga konkluderte med at livskvaliteten (inkludert tryggleik) og følelsen av velvære vart vesentleg forbetra for personar med demens når sjukepleiarane hadde trena på kommunikasjon.

#### 2. Living alone with dementia, Gilmour, Gibson og Campbell (2003)

Det er i følgje forfattarane Gilmour, Gibson og Campbell (2003) gjennomført lite forskning på personar med demens som bur aleine og kva risiko dette inneber. Eit mål med studia var å sjå på korleis 10 utvalte personane fungerte i det daglege og kva erfaringar som var gjort i forhold til risiko. Studia skulle også avdekke kvifor disse personene klarte å bli buande heime

for å sjå på korleis helse og sosialstøtte kan utviklast for å gje støtte til andre personar med demens som ynskjer å bu heime. Sjølv om det var knytt risiko til mellom anna matlaging og fare for fall meinte dei fleste at det var det beste for personane å bu i eigen heim så lenge det var mogleg. Dei viktigaste faktorane for å la dei bu åleine heime var at det var viktig å respektere at personane ynskja å bu heime samt at det mangla gode alternativ.

I studia vart det identifisert to faktorar som minimerer eventuell risiko. Dette var at dei har dagleg kontakt med omsorgsgivarar/sjukepleiarar som følgjer med dei og at det er andre personar som bryr seg om og følgjer med dei. Eit døme var at banken gir beskjed til omsorgsgivar ved uvanlege uttak av pengar og liknande. Ved å redusera risikofaktorane med tiltak som regelmessig kontakt og kommunikasjon mellom omsorgsgivar/sjukepleiarar og personar med demens hevdar forfattarane at det beste for den enkelte er å bu heime samtidig som at tryggleiken vart følgd tett opp.

### 3. Care and service at home for persons with dementia in Europe, Bökberg (et al., 2015)

Formålet med artikkelen til Bökberg (et al., 2015) er å beskrive kva tilbod om omsorg og service som er tilgjengeleg for personar med demens som bur heime og korleis disse tilboda vert utnytta. Funn indikerte at personar med demens mottar formell omsorg og service på eit generelt nivå, men det vert sjeldan tilpassa den enkeltes individuelle behov. Forfattarane viste til ulike tilbod om tenester i heimen, blant anna tilbod om levering av måltid og installering av tryggleiksalarm for å betre sikkerheten. Studien beskriv eit gap mellom den service som er vedtatt og i kva grad denne vert utnytta. Forfattarane forklarte at det var rom for forbetring av tenestene til personer med demens slik at dei fortsatt kan bu heime og utifrå funn gav dette best livskvalitet for den enkelte då dei var i vante omgjevnadar i eigen heim.

### 4. Familiebasertomsorg på godt og vondt, Aasgaard, Mogensen og Grov (2009)

Artikkelen av Aasgaard, Mogensen og Grov (2009) er ein kvalitativ forskingsartikkel som har undersøkt menn og kvinner si oppleving av å vera omsorgsgivar til personar med demens som bur heime. Med omsorgsgivarar definerer forfattarane pårørande/familie. Forfattarane beskriv at omsorgsgivarane opplever at tenestetilbodet frå kommunen er standardisert og at kvar enkelt person ikkje får tilpassa behova individuelt. Problemstillinga i artikkelen var å beskriva

eventuelle forskjellar i behov mellom mannlege og kvinnelege omsorgsgivarar, og avklara kva skilnaden mellom kjønna det innebar. Forfattarane beskriv at mannlege omsorgsgivarar seier dei opplever ein positiv omsorgssituasjonen og utfører oftast praktiske oppgåver som handling av mat, ansvar for å betale rekningar og så vidare. Mannlege omsorgsgivarar let sjukepleiarar ta seg av stell og pleie av personen med demens. Dette fører til nær kommunikasjon mellom personen med demens og sjukepleiaren noko som fører til eit tryggleiksforhold dei i mellom. Forfattarane beskriv at dei kvinnelege omsorgsgivane baserar seg på ei meir tradisjonell haldning der dei gjer fleire oppgåver enn menn som til dømes stell og pleie, reinhald av hus og ansvar for klede, handling av mat/klede, legebesøk og meir. Kvinnelege omsorgsgivarar har difor ei meir belastande oppleving av ansvaret for både praktiske oppgåver og kommunikasjon. I tillegg slit dei med dårleg samvit fordi dei føler dei ikkje strekkjer nok til i alle situasjonar. Forfattarane konkluderer med at forholdet mellom personen med demens og den som er omsorgsgivar vil vera forskjellig og opplevinga av tryggleiken vil vera ulik om det er kvinner eller menn som er omsorgsgivar. Som sjukepleiar vil kommunikasjonen mellom omsorgsgivar difor vera ulik utifrå forventningar og kjønn hos omsorgsgivar.

## 4.2 Kritisk vurdering av artiklar

### 1. Communication skills training in dementia care

Data henta frå artikkelen til Eggenberg, Heimerl og Bennett (2013) er frå perioden 1994 til 2009 noko som ein kan seie er «litt» gamle data. Ved at publiseringsåret er i 2013 vurderast likevel denne kunnskapen om kommunikasjonsferdigheter som relevante for å svare på definert problemstilling. Artikkelen vurderast som påliteleg då den inneheld ei god beskriving av datautval, korleis dataene er innsamla/kvalitetssikra og at resultata er kontrollerbare. I tillegg inneheld artikkelen IMRAD struktur som er eit av elementa i forskingsprosessen til Thidemann (2015, s.68). Forfattarane i artikkelen er i tillegg knytt til universitet og sjukehusmiljø noko som forsterkar oppfatninga av pålitelegheit. Innhenta data kjem frå USA, England og Tyskland og eit viktig spørsmål er om dette kan overførast til Norske forhold grunna ulik kulturar, språk og meir. I alle land er ein eller anna form for kommunikasjon avgjerande for å gjennomføre ei god sjukepleie. Ved å trenast på kommunikasjonsferdighetane og bli betre på dette vil det ha ein positiv effekt noko som er gyldig for alle land og kulturar, uansett språk. Sjølv om artikkelen sine deltakarar (personar med demens) både er henta frå

sjukeheim og frå heimen ser ein at relevansen av artikkelen er tilstrekkeleg sett i lys av at kommunikasjon og trening av kommunikasjonsferdigheter er aktuelt uansett situasjon.

## 2. Living alone with dementia

Artikkelen frå Gilmour, Gibson og Campbell (2003) er frå 2003 noko som er litt gammalt då forskning helst skal vera innan ein femårsperiode for at innhaldet skal vera mest mogleg oppdatert. I følgje Maslows (Thorsen, 2014, s.110) sin behovspyramide er tryggleik eit av dei grunnleggande behova alle menneske har uansett kvar i verda ein er busett og dette behovet vurderast som tidsuavhengig. Utifrå dette konkluderte eg at innhaldet i artikkel er relevant for problemstillinga. Det var 10 deltagarar med i studien, og det er kanskje litt for få til å generalisere i stor samanheng. Det gir likevel ein god informasjon og ein bør i størst mogleg grad vurdere tryggleik og risiko til kvart individ i kvart enkelt tilfelle, jamfør Travelbee (Kristoffersen, 2014, s. 216) som seier at ein må sjå enkeltindividet og deira behov. Eg har lite kunnskap om det er skilnader mellom Irsk og Norsk kultur som kan vera ein utfordring når ein vurderer innhaldet.

Utvalskriteria er godt beskrive, alle informantane har akseptert at dei deltok frivillig og er informert om hensikta med studien. Alle intervju er kvalitetssikra og alt er gjort i eit tett samarbeid med sjukepleiarar og familie. På bakgrunn av dette vurderer eg artikkelen som påliteleg og gyldig for mi oppgåve.

## 3. Care and service at home for persons with dementia in Europa

Bökberg et al., (2015) publiserte artikkelen i 2015 noko som gjer at innhaldet og forskinga i artikkelen er ny og oppdatert kunnskap. Det er 8 ulike land i Europa som har delteke i dette litteraturstudiet og både Sverige og Danmark er representert, noko som vert vurdert som samanliknbart med norske forhold då kulturen er forholdsvis lik. Eg har nytta same søkeresultat for å finne ein artikkel om heimesjukepleie som den eg brukte til å finne artikkel om tryggleik. Den var aktuell på grunn av at den omhandlar heimesjukepleie for personar med demens i Europa, noko som eg vurderte som eit godt bidrag til å svare på valt problemstilling i oppgåva mi.

## 4. Familiebasertomsorg på godt og vondt

Familiebasertomsorg på godt og vondt av Aasgaard, Mogensen og Grov (2009) er ein forskingsartikkelen som samsvarar med krava til forskingsartikkel då den inneheld IMRAD

(Thidemann, 2015, s.68) og er publisert i 2009. Utifrå dette vurderast artikkelen som påliteleg. Artikkelen handlar om personar med demens og heimesjukepleien i samhandling med pårørande som omsorgsgivarar i heimen. Artikkelen konkluderer med ulike behov frå kvinner og menn som omsorgsgivarar, noko som var ny informasjon for meg og difor vart artikkelen interessant å bruke i forhold til problemstillinga. Eg vurderer difor artikkelen som relevant. Kritikkk til artikkelen er at dataene vart henta i 2006 som ikkje er heilt oppdaterte data, men utifrå at fortsatt både kvinner og menn er omsorgsgivarar på lik linje no, som tidlegare, er artikkelen interessant då eg ikkje har reflektert over at det var ein forskjell. Datautval, korleis data er samla inn og anonymisert er godt beskrive. Forfattarane sjølv er utdanna sjukepleiarar. Innhaldet er henta frå Norge noko som gjere at innhaldet vert ekstra interessant.

### 4.3 Oppsummering av artiklar

I Eggenberg, Heimerl og Bennett (2013) sin artikkel hevdar dei at ved å trene på kommunikasjonsferdighetane vert samtalen og samhandlinga mellom sjukepleiarar og personar med demens betre, noko som forbetrar livskvaliteten og følelsen av tryggleik. Gilmour, Gibson og Campbell (2003) beskriv i si forskning at i stor grad ynskjer mange personar med demens å kunne bu heime i vante omgivnader der dei føler seg trygge, sjølv om det kan vera risiko knytt til ein del praktiske oppgåver. Bökberg et al., (2015) hevdar at det fins ulike tilbod om tenester av generell art for personar med demens som kan bidra til at dei føler seg tryggare. Det ein ser er at dei ikkje vert utnytta i særleg grad då dei ofte ikkje er tilpassa den enkelte sine behov og det vert krevjande å bruka dei. Aasgaard, Mogensen og Grov (2009) hevdar i sin artikkel at kvinner og menn opplever omsorgssituasjonen ulikt, noko som betyr at sjukepleiarane må ta omsyn til dette når dei kommuniserer og planlegg/utførar pleie til personar med demens.

Felles for artiklane er at dei omhandlar personar med demens i heimen sjølv om dei ikkje beskriv noko om kva stadie demens det var forska på, noko som heller ikkje mi oppgåve har hatt fokus på. Tre av artiklane omhandlar ulike fokus på støtte og hjelp for å bidra til at dei kan bu heime. Omsorgsgivarar og sjukepleiarar spelar ei viktig rolle for å gjere det mogleg for personane med demens å bu heime. Unntaket er artikkelen frå *Communication skills training in dementia care* (Eggenberg, Heimerl & Bennett, 2013) som fokuserer på korleis kommunikasjon og utvikling av kommunikasjonsferdigheter er ein viktig bidragsyter til både

livskvalitet og oppleving av tryggleik for den enkelte.

## 5. Drøfting

Drøftinga vil omhandle kommunikasjon og heimesjukepleie og kva dette betyr for tryggleik.

### 5.1 Kommunikasjonsferdigheter

Eggenberg, Heimerl & Bennett (2013) viser til sin studie kvar det vart identifisert ulike områder som påverkar kommunikasjonsferdighetane. Dette var mellom anna verbale/ikkje-verbale ferdigheter, haldningar og teoretisk kunnskap. Det er mange ulike utfordringar som påverkar kvar god ein er til å kommunisera, men ved å trena på kommunikasjon vert ein betre. Eit døme på dette i følge Rokstad (2014, s. 38) er å bruke god tid, å snakke tydeleg, bruke kroppsspråk samtidig som at ein må vera tilstade og vise interesse i samtalen der og då. Undersøkinga konkluderte med at livskvaliteten og følelsen av velvære vart vesentleg forbetra for personar med demens når sjukepleiarar hadde gjennomført målretta trening av sine kommunikasjonsferdigheter (Eggenberg, Heimerl & Bennett, 2013). Forfattarane hevdar at alle som arbeider med personar med demens bør gjennomføre systematisk trening av kommunikasjonsferdighetane sine for å bli betre i kommunikasjonen og gjennom dette bidra til auka livskvalitet for den enkelte med demens.

Rokstad (2014, s. 96) bekreftar også at kommunikasjon og samhandling er viktig i møte med personar med demens. Ein må vise respekt, vera medmenneskeleg og høfleg, noko som ein vanlegvis er til alle. Bruk av enkle ord med ikkje for lange setningar og avgrensa ulike tema i samtalen er lurt. Personane treng ofte tid til å oppfatte kva som vert sagt før dei skal svare/utrykke seg og difor er det viktig å ha tolmodighet i samtalen. Rokstad (2014, s. 96) seier at ein må prøve å forstå den enkelte og ikkje berre tru at det er nok å ha generell kunnskap om demens (Rokstad, 2014, s. 96). Dette understøttar det Travelbee (Kristoffersen, 2014, s.221) seier om at det er mennesket og deira særeigne behov som skal vera i fokus. På lik linje med Rokstad og Travelbee seier Birkeland og Flovik (2012, s.28) seg einig i at utgangspunktet for ein god relasjon er at sjukepleiarar er personfokusert og involverande, i tillegg til at mennesket må anerkjennast som det er. Kommunikasjonen må vera open og det må visast venlegheit og omtanke (Birkeland & Flovik, 2012, s. 28).

Sjølv om ein som sjukepleiar har kunnskap om demens som sjukdom har ein nødvendigvis

ikkje forstått personen slik også Rokstad hevder. Eg ser at det kan vera ein god ressurs å ha utfyllande kunnskap om demens og om denne gruppa sine utfordringar for å forstå deira behov best mogleg. Erfaringsmessig har eg opplevd at ulike faktorar spelar inn for å bli kjent med personar med demens og å bruke nok tid til å forstå er ein faktor som ein må ta omsyn til. Aktiv lytting og tilbakemelding jamfør Renolen (2015, s. 210-211) er gode verktøy å bruke ved kommunikasjon for å sikre ein god samtale. Utifrå eigen erfaring har eg observert at personar som bur i sin eigen heim er meir orientert for tid og stad og deltar i samtalen, enn visst personen finn seg i eit ukjent miljø der han/ho kan føla seg utrygg og forvirra. Frå praksis som sjukepleiar student har eg til dømes erfart at personar med demens opplevast tryggare når ein visar at ein tek seg god tid saman med dei og let dei få snakka om urolige tankar som bekymrar dei.

For å bidra til at personar med demens opplever at dei vert forstått og tatt på alvor handlar det blant anna om å ha god kunnskap om demens som Eggenberg, Heimerl & Bennett (2013) påpeiker. Utifrå dette bør ein som framtidig sjukepleiar fokusera på å vise forståing, ha gode haldningar og å kommunisera med respekt (Rokstad, 2014, s.38). Eg har erfart at det er lurt å ikkje fokusera på sjukdommen, men på menneske som individ for å vise god respekt og omsorg til kvar enkelt. Eg har lært gjennom praksis at fokus i startfasen av ein relasjon handlar om å bli kjent med kvarandre og å skapa ein så god kontakt som mogleg. Dette for at kommunikasjonen og samspelet mellom den enkelte og meg som sjukepleiar student skal fungera på best mogleg måte. Ved å ikkje fokusera på å bli kjent og skapa ein relasjon har eg observert at kontakten vert dårleg og personen med demens vert usikker og utrygg. Dette er i samsvar med det Travelbee (Kristoffersen, 2014, s. 220-221) hevdar kvar ho seier at upersonleg, overflatisk og mekanisk omsorg kan oppstå dersom sjukepleiaren har ein manglande evne til å sjå det enkelte individet og deira behov.

Kommunikasjon er eit viktig reiskap i utøving av sjukepleie og ved å tolke kroppsspråk samt oppnå ein ærleg samtale betrar dette livskvaliteten slik Eggenberg, Heimerl og Bennett (2013) hevdar i sin artikkel. Utifrå erfaring har eg observert at nokre personar treng meir tid til å få fram kva dei har behov for og gjennom kommunikasjon kan eg lytte, tolke kroppsspråk og observere for å forstå budskapet og gjennom det etablere eit tillitsforhold til den enkelte (Thorsen, 2014, s.106-107). Utifrå dette hevdar eg at eg som sjukepleiarstudent kan bidra til at personar med demens opplever at dei vert respektert, noko som vil påverke opplevinga av

tryggleik.

## 5.2 Tenestetilbod og heimesjukepleie

Bökberg et al., (2015) beskriv i sin artikkel kva tilbod om omsorg og service som er tilgjengeleg for personar med demens som bur heime, og korleis disse tilboda vert utnytta. Funn indikerte at personar med demens mottar formell omsorg og service på eit generelt nivå, men det vert sjeldan tilpassa den enkeltes individuelle behov. Når det gjeld miljø, familie og kultur i heimen til personar med demens beskriv ikkje Bökberg et al., (2015) særskild om dette. Travelbee si sjukepleietenking handlar fyrst og fremst om enkeltmenneska, men familie og samfunn er også knytt til mottakarar av sjukepleie (Kristoffersen, 2014, s. 216). Sett utifrå erfaring er miljøet og familie til personar med demens som bur heime ein viktig del av omsorgssituasjonen og eg har erfart korleis familie kan bidra til at tryggleiken i heimen vert betre ved at kommunikasjonen med heimesjukepleien fungerer godt. Eit døme på dette er matlaging der heimesjukepleien og omsorgsgivar har avtalt kven som gjer kva for å sikre at personen får i seg mat og at tryggleiken rundt matlaging vert ivaretatt.

Heimesjukepleie handlar i stor grad om enkeltmennesket, men som også Kristoffersen beskriv om Travelbee sin teori, er sjukepleiar si oppgåve å ivareta alle partar, inklusive familie. Utifrå erfaring er det mange personar med demens som har gitt uttrykk for at dei ynskjer å bu heime så lenge det er trygt, samtidig har eg observert at behovet for tenesta aukar som oftast etter kvart som dei vert eldre.

Bökberg et al., (2015) forklarte at det var rom for forbetring av tenestene til personer med demens slik at dei fortsatt kan bu heime. Artikkelen viser også at tenestane i heimen i liten grad vart tilpassa den enkeltes individuelle behov i tillegg til at berre eit fåtal nyttar seg av dei tilgjengelege tenester. Generelle tilbod er ikkje det beste for individet sett frå Travelbee si sjukepleieteori då ho er opptatt av det enkelte individet og deira individuelle behov (Kristoffersen, 2014, 216). Demensplan 2020 (Regjeringen, 2015) seier at kommunen plikter å hjelpe personar som treng praktisk/personleg hjelp slik at dei får ein aktiv og meningsfull tilvære saman med andre. Tilbodet skal vera lagt til rette for og tilpassa behova til kvar og ein. Heimesjukepleie definerer seg som utøving av pleie i personens heim. Fagområdet som utøvas skjer i det «daglege livet i heimen» og innan offentleg tenesteyting (Birkeland & Flovik, 2012, s. 38).



Heimesjukepleien er ei lovpålagt teneste som er definert i kommunehelsetenestelova (Helse- og omsorgstenesteloven, 2017). Tenestene inneheld blant anna ansvar for personar med alt frå demens, kreft, psykiske lidningar og dobbeltdiagnosar (Birkeland & Flovik, 2012, s. 15-16). Utifrå erfaring er ikkje dette ei teneste alle får automatisk, men alle kan søka om tenester utifrå kva den enkelte meiner han/ho har behov for. Ved at kommunane er pålagt å yte desse tenestane til sine innbyggjarar skal alle i prinsippet ha same tilbodet uansett kven det er og om ein er ressurssterk eller ikkje. Eg har observert at dette er ein prosess som ofte tek lang tid og personane opplever at dei ikkje alltid får den hjelpa dei treng når dei treng ho. Når dette tek lang tid kan enkelte oppleve manglande på tryggleik og usikkerhet rundt kva som skal skje framover. Dette er interessant sett i lys av artikkelen til Bökberg et al., (2015) kvar dei hevdar at kvar enkelt har fleire tilbod enn dei nyttar seg av grunna tilboda er for standardiserte.

I praksis har eg sett at fleire har tilbod om til dømes hjelp til klesvask, men at personene klarar og ynskjer å gjera det sjølv. Som nemnt ovanfor presiserer Demensplan 2020 (Regjeringen, 2015) at alle skal få individuelt lagt til rette tenester i eigen heim noko som også Travelbee (Kristoffersen, 2014, s.217) understreker da det er enkelt menneske som skal sjåast i kvart enkelt tilfelle og få den hjelpa dei treng. Hos personar med demens som bur heime har eg erfart at hjelp til enkelte kvardagslege oppgåver som til dømes hjelp til personleg hygiene er nødvendig slik at dei kan klara seg på ein forsvarleg og trygg måte, enten åleine eller saman med omsorgsgivarar i heimen. Berentsen (2008, s. 133) beskriv at som sjukepleiar møter ein etiske problemstillingar ein må ta stilling til i samarbeid med personar med demens som bur heime. Den enkelte skal bli respektert og få ta del i slutningar som angår personen sjølv og det er ikkje alltid enkelt å finne gode løysingar som både personen og sjukepleiaren er einig om. Eit etisk dilemma kan vera at sjukepleiar opplever at personen treng hjelp til personeleg hygiene, men personen sjølv ikkje er einig. Personen må få tilstrekkeleg informasjon om situasjonen, personen må forstå informasjonen og vurdera dette i forhold til egne ynskjer. Dersom ein ikkje vert einige må ein prøve å finne eit kompromiss der begge sine omsyn vert ivaretatt.

Eg har erfart at svært mange personar med demens uttrykker at dei er tilfredse med å få bu heime så lenge som mogleg, sjølv om det finnes enkelte unntak. Utifrå kunnskap og teori har eg lært at utviklinga av sjukdommen varierer med symptom og stadie, og difor er det viktig med ein god kommunikasjon mellom alle partar. Både heimesjukepleien og eventuelt

omsorgsgivarar må observere og kommunisere om og med den enkelte slik at heimesjukepleien kan tilpassast i takt med hjelpebehovet. Utifrå erfaring har eg observert at demens utviklar seg ulikt frå person til person, til dømes vert kommunikasjon og enkeltes beskriving av eigne behov endra. Samtidig har eg lært i praksis som sjukepleiar student at ein skal utføre ein del rutinemessige sjukepleie oppgåver som er grunnleggande lik for alle. Sjølve prosedyren avheng ikkje av kven det er som skal pleiast, men eg har erfart i praksis at prosedyren avviker frå teorien enkelte gonger. Dette kan skyldas at utføring av sjukepleia vert påverka av ulike årsaker og prosedyregjennomføringa må tilpassast situasjonen. Situasjonen vil i tillegg påverka kommunikasjonen og tryggleiken, og som Travelbee beskriv i si sjukepleie tenking består sjukepleia av at den profesjonelle sjukepleiaren uansett skal hjelpe den enkelte til å meistre situasjonen (Kristoffersen, 2014, s.216).

### 5.3 Omsorgsgivarar

Menn og kvinner opplever det å vera omsorgsgivarar til personar med demens som bur heime ulikt. Dette er noko Aasgaard, Mogensen og Grov (2009) har gjort greie for i sin artikkel. Forfattarane beskriv at omsorgsgivarar opplever kommunen sitt tenestetilbod som standardisert og at kvar enkelt ikkje får eit individuelt tilpassa behov. Dette harmonerer ikkje med det som Travelbee (Kristoffersen, 2014, s.216) hevdar er viktig i sjukepleia, nemleg det at ein må sjå kvar enkelt og leggje til rette for individuell pleie. Frå min erfaring i praksis har eg sett at kommunen sitt tilbod ikkje er individuelt tilrettelagt, men at kvar enkelt har moglegheit for å nytta seg av tilgjengelege tilbod gjennom ein søknadsprosess. Som sjukepleiar student har eg lært at ein skal gi god sjukepleie uavhengig av kven det er og med dette kan ein støtte seg til Travelbee sin teori at ein skal gi individuell sjukepleie og tilpasse seg etter den enkelte sitt behov.

Artikkelen beskriv ulike behov for mannlege og kvinnelege omsorgsgivarar. Mannlege omsorgsgivarar seier i artikkelen at dei opplever ein meir positiv omsorgssituasjon og utfører oftast dei praktiske oppgåvene sjølve. Dei let heimesjukepleien ta seg av pleieoppgåvene som til dømes personleg hygiene og reinhald i huset. Mannlege omsorgsgivarar beskriv at dei er ofte nøgde med tilbodet frå kommunen og har ein positiv oppleving av tilbodet. Kvinnelege omsorgsgivarar har ei meir tradisjonell haldning der dei utfører fleire oppgåver enn dei mannlege omsorgsgivarane. Dette er alt frå pleieoppgåver, handling, reinhald og ulike ærend som frisør og legetimar. Artikkelen hevdar at kvinner opplever eit større ansvar enn dei mannlege omsorgsgivarane og er difor mindre nøgde med teneste tilbodet (Aasgaard,

Mogensen & Grov, 2009). Som sjukepleiar student har eg ikkje vore klar over at ein står overfor ulike utfordringar utifrå kjønnet til omsorgsgivar og at ein må ta omsyn til dette i kommunikasjonen med både personen med demens og omsorgsgivaren når sjukepleia planleggjast og utførast. Ved å forholde seg til enkeltpersonen med demens i tillegg til omsorgsgivaren vert dette i samsvar med det Travelbee (Kristoffersen, 2014, s. 216) sin teori forklarar. Travelbee beskriv at familien er ein del av omsorgssituasjonen og som sjukepleiar har ein i oppgåve å ivareta alle partar på ein trygg måte. Frå erfaring har eg opplevd at nokre omsorgsgivarar ynskjer å ha eit tett samarbeid og kommunisera med sjukepleiar ofte, medan andre omsorgsgivarar berre tar kontakt når det er spesifikke behov.

Kommunen sitt tenestetilbod skal omhandla alle personar med demens og dei ulike omsorgsgivarane er ein del av omsorgssituasjonen. I praksis har eg observert at det er skilnader i kva behov den enkelte har. Nokre klarar meir enn andre og nokre er meir positive enn andre. Eg har ikkje reflektert særskilt mykje over kva skilnader omsorgspersonen sitt kjønn betyr i forhold til pleie av personar med demens som bur heime. Eg har likevel observert at mange kvinnelege omsorgsgivarar tek eit større ansvar for fleire oppgåver knytt til pleie, utan at dette nødvendigvis gjeld alle. Utifrå både artikkel, teori og egne erfaringar er kommunikasjon med omsorgsgivarar, uansett kjønn, ein viktig del av sjukepleiaren si oppgåve for at personar med demens trygt kan bu heime.

#### 5.4 Risiko og tryggleik

Gilmour, Gibson og Campbell (2003) undersøkte kva risiko det ligg i at personar med demens bur åleine heime. Døme på kva forfatarane ser på som risiko er blant anna fare for fall og hendingar knytt til matlaging. Eit utval av personar med demens deltok saman med familie og aktuelle helsepersonell og av desse var det ingen som hadde fokus på og brukte ordet risiko ved at dei budde åleine. Sjølv om det var knytt risiko til det å bu åleine heime meinte dei fleste omsorgsgivarar at det var det beste for personane å få bu i eigen heim så lenge det var mogleg. Dei viktigaste faktorane for å la dei bu åleine heime var å respektere at personane faktisk ynskja å bu heima samt at det mangla gode alternativ (Gilmour, Gibson & Campbell, 2003). Individuell tilpassing til kvar enkelt i heimen kan betre kvardagen til personar med demens slik at dei føler seg trygge, noko som Travelbee (Kristoffersen, 2014, s. 216) framhevar. Travelbee forklarar i tillegg at sjukepleiaren må oppnå tillit frå den enkelte gjennom sine handlingar slik at den enkelte kan stole på sjukepleiaren og oppleve tryggleik.

Eriksen (2006, s. 12) beskriv at tryggleiksomgrepet i norsk samanheng overlappar safety og security. Tryggleik vert sett på som eit synonym for ordet sikkerhet på norsk og begge inngår under tryggleiksomgrepet. Utifrå erfaring har eg observert samt blitt fortalt at det er mange som ynskjer å bu heime og dei uttrykker at dei på ei side er trygge ved å ha alt som er kjent rundt seg. På ei anna side viser både forskning og erfaring at det kan vera ein risiko knytt til at personar med demens bur heime grunna til dømes fare for fall. Eg har erfart at dette er individuelt og avheng av situasjonen og korleis sjukdomen artar seg.

Forfattarane Gilmour, Gibson og Campbell (2003) beskriv at familiemedlemmane indikerte at det var risiko ved å la personar med demens bu åleine heime. Aktivitetar som matlaging, passe på varme, fare for fall, styre økonomi og faren for at dei går seg vill kan vera risikoar som kan oppstå knytt til det å bu åleine heime. Dette er nokre av risikofaktorar som eg har opplevd frå eigen erfaring hos personar med demens, men kvar nokre heldigvis har gode hjelpemidlar for å redusera nokre av risikoane. Dette er hjelpemidlar som Berentsen (2008, s.121) beskriv slik som til dømes komfyrvakter, dør alarmer og tryggleiksalarm, noko som kan bidra til å sikra kvardagen både til personar med demens, men også omsorgsgivar og sjukepleiarar.

Gilmour, Gibson og Campbell (2003) framheva to faktorar som minimerer eventuell risiko. Dette er dagleg kontakt med omsorgsgivar/sjukepleiar som følgjer med dei og andre personar som bryr seg. Dette samsvarar med Travelbee og den enkelte sitt behov for mellommenneskeleg kontakt og individuelle behov (Kristoffersen, 2014, s.214). Når det gjeld å skape tryggleik er det ofte noko ein som sjukepleiar ynskjer å bidra med, men som Thorsen (2014, s. 106-111) seier, tryggleiken sit ikkje hos oss som sjukepleiarar, men hos personen sjølv. Utifrå det eg har erfart og lært at det kan for meg som sjukepleiar student vera utfordrande å forstå kvar enkelt sin individuelle oppfatning av tryggleik grunna ulike syn på kva tryggleik inneber. Dette understøttes av Thorsen (2014, s. 126) som seier at det å leggje til rette for tryggleik er ulik hos alle menneske. Det er sjukepleiaren sin væremåte og evna til å ta vare på kvar enkelt som kan bidra til tryggleik (Thorsen, 2014, s. 126). Demens utviklar seg ulikt. Til dømes ved alzheimers starter sjukdommen med svekka hukommelse og utviklar seg til problem med språk og forståing av kva orda betyr (Ulstein, 2012, s.296). Thorsen (2014, s.106-111) beskriv tryggleik med ord som påliteleg, sikkert, trufast og ærlig. Utifrå eigen erfaring frå praksis med personar med demens har eg opplevd skilnadar i tryggleiksbehov utifrå stadie i sjukdommen og frå person til person. Til dømes har eg observert at fleire brukar

å ha tv på slik at det er lyd i huset og personar har uttalt at dei føler seg meir trygge ved at dei høyrer lyd frå tv. I mange tilfeller har eg opplevd at personar med demens uttrykker at dei føler seg trygge ved å få bu i eigen heim. Ein må stille seg spørsmål om det er forsvarleg, og her har me som sjukepleiarar ei viktig oppgåve ved å observera og kommunisera både med personar med demens og omsorgsgivarane deira. Gjennom oppfølging og god kommunikasjon kan sjukepleiar bidra til at personar med demens reduserer risikoen ved å bu åleine heime.

## 6. Avslutning

Eg har auka kunnskapen min om demens gjennom å sette meg inn i forskning og teori i denne oppgåva. Med dette har eg fått større forståing av korleis ein skal møte personar med demens i mitt arbeid som framtidig sjukepleiar. Eg forstår meir av dei utfordringane personar med demens har ved å bu heime og om ulike risikoar knytt til dette. For at personar med demens skal oppleva at sjukepleiaren bidrar til å auke tryggleiken er god kommunikasjon i samarbeid med den enkelte og eventuelle omsorgsgivarar ein viktig del av sjukepleia. Å skapa eit bli kjent forhold, vise respekt, samt å sjå enkelt personen sine individuelle behov er eit god utgangspunkt i kommunikasjonen. Forsking seier at ved å praktisera kunnskap om kommunikasjon og tryggleik til personar med demens som bur heime kan sjukepleiaren utgjera ein forskjell. På bakgrunn av forskning er det hevda at mange ynskjer å bu heime og tenester frå heimesjukepleie er med på å bidra slik at dei kan bu heime med redusert risiko.

## Kjelder

- Aasgaard, L., Mogensen, T. M. & Grov, E. K. (2009). Familiebasert omsorg på godt og vondt. *Sykepleie forskning* 2007 2(3)(186-192). DOI: 10.4220/sykepleienf.2007.0058. Henta frå Svemed <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/familiebasert-omsorg-pa-godt-og-vondt>
- Bertelsen, A. K. (2014). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo. (Red.). *Sykdom og behandling*. (1. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Berentsen, V. D. (2008). *Demensboka, lærebok for pleie og omsorgspersonell*. Forlaget Aldring og Helse
- Berentsen, V. D & Solheim, K. V. (2008). I V. D. Berentsen. *Demensboka, lærebok for pleie og omsorgspersonell*. Forlaget Aldring og Helse
- Berentsen, V. D. (2010). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (1. utg.). Gyldendal Norsk Forlag
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2012). *Sykepleie i hjemmet*. (1. utgave, 2. opplag). Cappelen Damm AS
- Bökberg, C., Ahlström, G., Leino-Kilpi, H., Soto-Martin, M. E., Cabrera, E., Verbeek, H., & Karlsson, S. (2015). *Care and Service at Home for Persons With Dementia in Europe*. *Journal Of Nursing Scholarship*, 47(5), 407-416. doi:10.1111/jnu.12158. Henta frå Cinahl <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hsh.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=5771fc96-5cac-4579-9e0d-095b41fb297b%40sessionmgr104&vid=10&hid=128>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS

Eggenberger, E., Heimerl, K., & Bennett, M. I. (2013). *Communication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings*. *International Psychogeriatrics*, 25(3), 345-358. doi:10.1017/S1041610212001664 Henta frå Cinahl  
<http://search.proquest.com.ezproxy.hsh.no/docview/1282048350/fulltextPDF/477CFCDC45B64F09PQ/1?accountid=28726>

Eriksen, T. H. (Red.). (2006). *Trygghet*. Universitetsforlaget

Gilmour, H., Gibson, F., & Campbell, J. (2003). *Living alone with dementia: a case study approach to understanding risk*. *Dementia* (14713012), 2(3), 403-420. DOI: <https://doi.org/10.1177/14713012030023008>. Henta frå Cinahl  
<http://journals.sagepub.com.ezproxy.hsh.no/doi/abs/10.1177/14713012030023008>

Kristoffersen, N. J. (2014). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E- A Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (2. utg., s. 207-280). Oslo: Gyldendal akademisk

Kunnskapsbasert praksis. (2012). *Sjekklistor*. Henta 8. mars frå  
<http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/sjekklistor/>

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2017). *Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet* (24 juni 2011) henta 13.03.17 frå  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_4)

Nasjonalforeningen. (2016, 15. juni). *Kva er demens*. Henta 17. januar 2017 frå  
<http://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/>

Regjeringen. (2015, 2. desember). *Demensplan-2020*. Henta 13.mars 2017 frå  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117/>

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker: Innføring i psykologi for helsefag*. (2. utg.).  
Bergen: Fagbokforlaget.

Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er: Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo:  
Universitetsforlaget

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille  
motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget

Thorsen, R. (2014). Trygghet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (red.).  
*Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener og livsutfordringer*. (2. utg., s. 105-  
132). Oslo: Gyldendal akademisk

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Ulstein, I. (2012). Demens. I M. Bondevik & H. A. Nygaard.(red.). *Tverrfaglig geriatri: en  
innføring*. (3. utg., s. 295-304). Fagbokforlaget

Wyller, T. B. (2011). *Geriatri- en medisinsk lærebok*. (1. utg.). Gyldendal Norsk forlag AS.



## Vedlegg 1: Resultattabell over inkluderte forskningstabeller

Artikkel Forfatter/ Tittel	Hensikt	Metode og datasamling	Utval	Funn
Artikkel 1: Communication skills training in dementia care  Eggenberg, E., Heimerl, K. & Bennett, M. I. (2013).	Hensikta med studien var å undersøka om trening av kommunikasjonsferdigh eter for familie og sjukepleiarar påverka livskvaliteten og følelsen av velvære for personar med demens	Ein oppsummerings studie med gjennomgang av 13 artiklar/studier som er gjennomført i perioden 1994- 2009 i USA, England og Tyskland.	Deltakarane er sjukepleiarar, familie i sjukeheim og heime hos personar med demens. I alt var det 1512 deltakarar med i studia der 831 er personar med demens, 519 er sjukepleiarar og 162 var familie- medlemmar	Funn i studien viste at personar med demens fekk ein betre livskvalitet og følelsen av velvære vart vesentlig forbetra når familie og sjukepleiarar hadde gjennomført målretta trening av sine kommunikasjons- ferdigheter, noko som bidrog til betre kommunikasjon
Artikkel 2: Living alone with dementia  Gilmour, H., Gibson, F., & Campbell, J. (2003).	Hensikta med studia var å identifisera og forstå kva risiko det ligg i at personar med demens bur åleine heime	Kvalitativ metode med intervju som er gjennomført i Irland blant 10 personar som har diagnosen demens og som bur åleine i heimen.	Deltakarane er sjukepleiarar, familiemedlem mar og personar med demens	Funn i studien viser det er risiko knytt til at personar med demens bur aleine heime og at dette var knytt til aktivitetar som matlaging, passe på varme, fare for fall, styre økonomi og faren for at dei går seg vill. Sjølv om det var knytt risiko til det å bu åleine heime meinte dei fleste at det var best for personane å få bu i eigen heim så lenge dei ynskjer det.
Artikkel 3: Care and service at home for persons with	Hensikta var å undersøkjja pasientane sine tilbod om aktivitetar knytt til omsorg og service tilgjengelig, men	Forskingsteam et er frå 8 Europeiske land som brukte eit mappe system	Deltakarar i dei 8 Europeiske landa var hos personar med demens som bur heime	Funn indikerte at personar med demens i Europa mottar formell omsorg og service på et generelt nivå,

<p>dementia in Europe</p> <p>Bökberg, C., Ahlström, G., Leino-Kilpi, H., Soto-Martin, M. E., Cabrera, E., Verbeek, H., &amp; Karlsson, S. (2015).</p>	<p>pasientane ikkje alltid brukte tilboda dei hadde. Personar med demens i Europa mottar formell omsorg og service på et generelt nivå, men det vert sjeldan tilpassa den enkeltes individuelle behov.</p>	<p>til å samle informasjon som beskrive kva tilbod om omsorg og service som er tilgjengeleg for personar med demens som bur heime og korleis desse tilboda vert utnytta.</p>		<p>men det vert sjeldan tilpassa den enkeltes individuelle behov.</p>
<p>Artikkel 4: Familie basert omsorg på godt og vondt</p> <p>Aasgaard, L., Mogensen, T. M. &amp; Grov, E. K. (2009).</p>	<p>Hensikta er å få kunnskap og beskriva eventuelle forskjellar i behov mellom mannlege og kvinnelege omsorgsgivarar, og avklara kva skilnaden mellom kjønna innebar. I tillegg til at opplevinga av tenestetilbodet for personar med demens som bur heime er ulikt.</p>	<p>Kvalitativ forskingsartikkel som har undersøkt menn og kvinner si oppleving av å vera omsorgsgivar til personar med demens som bur heime.</p>	<p>Studien er gjennomført i Drammen kommune totalt 50 deltok, 32 kvinner og 18 menn. Inklusjonskriteria innebar at omsorgspersonane skulle vera hovudpårørande for ein heimebuande person med demens.</p>	<p>Funna beskriv at pårørande opplever at tenestetilbodet frå kommunen er standardisert og at kvar enkelt person ikkje får tilpassa behova individuelt. I tillegg viser det å vera forskjell på kvinner og menn som omsorgsgivarar</p>