



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgåve i sjukepleie

SK152

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	20-11-2017 09:00	<b>Termin:</b>	2017 HØST
<b>Sluttdato:</b>	01-12-2017 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinnskala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgåve i sjukepleie	<b>Studiepoeng:</b>	15
<b>SIS-kode:</b>	203 SK152 1 S 2017 HØST		
<b>Intern sensor:</b>	Hanne Marie Heggdal		

### Deltakar

<b>Namn:</b>	Anna Hjertaas Berge
<b>Kandidatnr.:</b>	3
<b>HVL-id:</b>	246505@hvl.no

### Informasjon frå deltakar

**Tal på ord \*:** 6585 **Tru- og loverklæring \*:** Ja

Eg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgåva mi \*

Ja



**Høgskulen  
på Vestlandet**

# **BACHELOROPPGAVE**

**Pårørende til hjemmeboende  
pasienter**

**Anna Hjertaas Berge**

Bachelor i sykepleie  
Avdeling for helsefag/ Campus Førde  
01.12.17

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

## Sammendrag

**Tittel:** Pårørende til hjemmeboende pasienter

### Bakgrunn for valg av tema:

Da jeg hadde praksis i hjemmesykepleie møtte jeg flere situasjoner hvor pårørende var omsorgsgiver for sine nærmeste. Jeg opplevde at det kunne være utfordrende å skulle ivareta både pasient og pårørende sine behov i en slik situasjon. Forskning og offentlige dokument viser at dagens praksis ikke er tilstrekkelig for at pårørende skal kunne yte omsorg. Derfor ønsket jeg å finne ut hvordan man som sykepleier kan ivareta pårørende til hjemmeboende pasienter.

### Problemstilling:

*"Hvordan ivareta pårørende til hjemmeboende pasienter?"*

### Avgrensing:

Pårørende er partner og omsorgsgiver i deres felles hjem. Pasienten har demens.

### Fremgangsmåte:

Jeg har brukt litteraturstudie som metode for å løse oppgaven min.

### Oppsummering av funn:

Å være omsorgsgiver kan være en stor belastning for pårørende (Norheim & Dombestein, 2015). Kvinner og menn tar på seg ulike oppgaver som omsorgsgiver, som gjør at de har ulike forventninger og opplevelser av det kommunale tilbudet (Aasgaard, Mogensen & Grov, 2009). Pårørende opplever at de ikke får nok informasjon om pasientens sykdom og hvordan de skal forholde seg til den (Norheim & Dombestein, 2015). Relasjonelle forhold mellom pårørende og den offentlige helsetjenesten er avgjørende for at de skal ha et godt samarbeid (Nordhagen & Sørli, 2016).

### Konklusjon:

Ivaretagelse av pårørende innebærer at sykepleieren danner en god relasjon og gir pårørende opplæring. God ivaretagelse er viktig for den enkelte pasient og pårørende, men er også samfunnsøkonomisk. Økt fokus på ivaretagelse av pårørende til demente vil altså kunne være positivt for pasienten, pårørende og samfunnet.

Pårørende, omsorgsgiver, hjemmesykepleie

# Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Problemstilling .....	2
1.2 Avgrensing av problemstilling .....	2
<b>2 Metode</b> .....	<b>3</b>
2.1 Litteraturstudie .....	3
2.2 Søkord og databaser .....	3
2.3 Kildekritikk.....	4
<b>3 Teori</b> .....	<b>7</b>
3.1 Kognitiv svikt .....	7
3.2 Pårørende .....	7
3.3 Relasjon og kommunikasjon .....	8
3.4 Pårørendeopplæring .....	9
<b>4 Resultat/funn</b> .....	<b>11</b>
4.1 Familiebasert omsorg på godt og vondt .....	11
4.2 Family caregivers experiences of formal care when caring for persons with dementia through the process of the disease.....	11
4.3 Pårørendes erfaring med kommunal hjemmetjeneste til personer med demens.....	12
4.4 "På alerten" hele tiden! Om pårørendens omsorgsrolle når deres nærmeste utvikler demens ....	12
4.5 Den familiære relasjonens betydning for pårørendes behov i møte med helsetjenesten .....	13
4.6 Oppsummering av funnene .....	14
<b>5 Drøfting</b> .....	<b>15</b>
5.1 Danne en god relasjon .....	15
5.2 Pårørendeopplæring .....	18
<b>6 Konklusjon</b> .....	<b>21</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>22</b>

## 1 Innledning

I 2016 benyttet 87 199 personer seg av hjemmetjenester. I dette tallet inngår både de som fikk praktisk bistand og de som mottok helsehjelp (Statistisk sentralbyrå, 2016). Mange av disse brukerne bor sammen med partner eller annen pårørende som har tatt på seg ansvaret for pleien resten av døgnet. Derfor vil samarbeidet med pårørende være avgjørende for at brukeren får den hjelpen hun/han trenger.

I Meld. St. 29 (2012-2013) blir det satt lys på utfordringer rundt pårørende som påtar seg omsorg for en av sine nærmeste. Dette er en gruppe som får lite oppmerksomhet, men utgjør nesten en like stor del som de offentlige helsetjenestene. Det presiseres at for å løfte frem denne gruppen må det utvikles tiltak som støtter, veileder og avlaster pårørende (Helse-og omsorgsdepartementet, 2013). Omsorgsplan 2015-2020 følger opp denne stortingsmeldingen. Planen inneholder prioriterte områder som regjeringen skal ta sikte på i årene som kommer (Helse-og omsorgsdepartementet, 2014).

Formell og uformell omsorg er to uttrykk som beskriver en viktig forskjell i omsorg. Den formelle omsorgen kommer fra det offentlige hjelpeapparatet, som i dette tilfellet er hjemmesykepleien. Mens den uformelle omsorgen blir gitt fra personer som har en personlig relasjon til mottakeren (Fjørtoft, 2016). I tilfeller hvor den hjemmeboende pasienten er dement, vil den uformelle omsorgen være sentral, fordi den vil kunne representere kontinuitet som er viktig i slike tilfeller (Jakobsen & Homelien, 2013).

Forskning viser at å være omsorgsgiver kan være en stor belastning for pårørende (Norheim & Dombestein, 2015). Kvinner og menn tar på seg ulike oppgaver som omsorgsgiver, som gjør at de har ulike forventninger og opplevelser av det kommunale tilbudet (Aasgaard, Mogensen & Grov, 2009). Pårørende opplever at de ikke får nok informasjon om pasientens sykdom og hvordan de skal forholde seg til den (Norheim & Dombestein, 2015). Relasjonelle forhold mellom pårørende og den offentlige helsetjenesten er avgjørende for at de skal ha et godt samarbeid (Nordhagen & Sørli, 2016).

I praksis i hjemmesykepleie møtte jeg flere pasienter med demens hvor pårørende hadde hovedansvar for omsorgen. Da innså jeg hvor viktig samarbeidet med pårørende er, og at det kan by på mange utfordrende og lærerike situasjoner. I ettertid har jeg også møtt slike situasjoner i jobb

utenfor studiet, og i mitt privatliv. Dette har gjort meg interessert og jeg har nå lyst til å skrive min bacheloroppgave rundt dette temaet for å forstå hvordan man som sykepleier kan ivareta pårørende til hjemmeboende pasienter.

## 1.1 Problemstilling

*”Hvordan ivareta pårørende til hjemmeboende pasienter?”*

## 1.2 Avgrensing av problemstilling

Hjemmesykepleie er et bredt fagfelt hvor man kan treffe mange ulike pasienter og pårørende. Derfor har jeg valgt å avgrense oppgaven min til situasjoner hvor pasienten har demens og partneren yter omsorgen. Partner og pasient er i begynnelsen av 70-årene og bor sammen i deres felles hjem. Forskning viser at det forskjell på hvilke oppgaver kvinner og menn tar på seg i omsorgsrollen (Aasgaard, Mogensen & Grov, 2009). Likevel velger jeg å løse oppgaven uten å fokusere på hvilket kjønn pårørende er. Jeg kommer til å betegne partner som ”pårørende” når jeg løser oppgaven.

## 2 Metode

### 2.1 Litteraturstudie

Jeg skal belyse problemstillingen min ved hjelp av en litteraturstudie. Når man utfører en litteraturstudie tar man utgangspunkt i forskning og teori som allerede eksisterer. I litteraturstudier vil det man er ute etter å finne ut påvirke hvilke data man ser etter (Dalland, 2017). Søkene etter litteratur gjøres i databaser. For å starte søkeprosessen må man ha formulert en problemstilling. Ved å spisse inn og avgrense søkekriteriene vil man avgrense mengden litteratur, slik at man får mest mulig relevante treff. Det er viktig å dokumentere søkehistorikken (Thidemann, 2015).

### 2.2 Søkeord og databaser

Da jeg skulle sette i gang med søk etter relevante forskningsartikler, startet jeg med å oversette nøkkelord til engelsk. Dette gjorde jeg gjennom Swemed+. Jeg ville først finne ut ordet for hjemmesykepleie. Dette viste seg å være et uttrykk som hadde mange synonymord. Jeg valgte "Home care services".

Jeg hadde fokus på å avgrense litteratursøkene mine slik at forskning ikke skulle være eldre enn ti år. Avgrensing av tidsrommet kan være nyttig i forhold til endringer som skjer i samfunnet knyttet til den aktuelle problemstillingen (Dalland, 2017). Denne avgrensingen gjorde jeg både ved søk i Academic search elite + Cinahl, Swemed+ og på sykepleien.no. Etter hvert avgrenset jeg søket til å kunne inneholde artikler fem år tilbake i tid. Denne beslutningen gjorde jeg fordi det er relativt mye forskning på området.

Ved å lese overskriftene kunne jeg se hvilke artikler som lå nært problemstillingen jeg ønsket svar på. Overskriftene ga som regel svar på om det kunne være relevant i min oppgave. I noen tilfeller gikk jeg inn i tekstene, og leste sammendragene for å forsikre meg om at jeg ikke utelukket relevante artikler. Jeg gikk etter artikler som handlet om pårørende til hjemmeboende pasienter med demens. Da jeg hadde funnet et par interessante artikler kunne jeg nå bruke nøkkelordene som de hadde merket artiklene sine med til å gjøre flere søk.

Jeg startet søkeprosessen på Swemed+. Først kombinerte jeg "Home care services" og "Family members". Dette ga 229 treff. Ettersom det ga relativt mange treff valgte jeg fort å legge til "care giver" og "dementia". Ved dette søket fikk jeg 31 treff, og jeg fikk lett oversikt over disse artiklene. Jeg endte opp med fire artikler fra søkene i denne databasen. Deretter gjorde jeg noen søk på Academic search elite. Her kombinerte jeg "care givers", "spouse", "dementia", "formal care" og "family members" på ulike måter. Ettersom dette er store faguttrykk med flere betydninger fikk jeg mange treff. "Home care services" ga 16515 treff. "Home care services" OR "home health care" kombinert med "family care givers" ga 124 treff. Jeg endte opp med én forskningsartikkel på Academic search elite. Jeg gjorde så et søk på sykepleien.no. Ved dette søket brukte jeg ordene "hjemmesykepleie" og "pårørende". To av artiklene mine ble funnet gjennom denne databasen.

Hos Swemed+ og Academic search elite krysset jeg av for "peer review", slik at artiklene skulle være fagfellevurdert av andre forskere (Kildekompasset, 2015). Det samme gjorde jeg på sykepleien.no ved å trykke "fagfellevurdert".

Jeg har brukt lovdata.no og regjeringen.no for å finne lover, planer og andre offentlige dokument. Statistikken jeg har oppgitt er funnet på statistisk sentralbyrå sine hjemmesider. Faglitteraturen jeg tar utgangspunkt i, har jeg funnet gjennom skolens bibliotek. Jeg gjorde søk via oria.no.

## 2.3 Kildekritikk

For at en litteraturstudie skal virke pålitelig er det viktig å være kritisk til kildene man bruker. Jeg vil nå gå gjennom kildene jeg anvender i oppgaven, for å belyse eventuelle svakheter (Thiedemann, 2015). Jeg kommer til å presentere innhold og resultat av studiene i kapittel 4.

### Forskningartikler

Jeg vil starte med å si at alle forskningsartiklene jeg har funnet, er bygget opp med IMRaD-struktur. IMRad står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Denne oppbyggingen gjør det enklere å orientere seg i ukjente tidsskiftsartikler (Dalland & Trygstad, 2017).



**”Familiebasert omsorg på godt og vondt”** (Aasgaard, Mogensen & Grov, 2009)

Denne forskningsartikkelen er publisert i tidsskriftet ”Sykepleien Forskning”. Studiet er utført i Norge. Artikkelen fant jeg under søkene på sykepleien.no. De har brukt både kvantitativ metode og kvalitativ metode i sin studie. De har brukt spørreskjema for å samle inn data, noe som kjennetegner den kvantitative metoden (Thidemann, 2015). Den er kvalitetsikret ved at andre forskere har fagfellevurdert den (Kildekompasset, 2015). Etersom artikkelen er åtte år gammel, må det vurderes om funnene fremdeles er aktuelle. Det har skjedd endringer i offentlige dokument på disse årene, og det vil derfor kunne påvirke relevansen.

**”Family caregivers experiences of formal care when caring for persons with dementia through the process of the disease”** (Lethin, Hallberg, Karlsson & Janlov, 2015)

Denne forskningsartikkelen er publisert i tidsskriftet ”Scandinavian Journal of Caring Sciences”. Studien er gjort i Sverige og har en kvalitativ tilnærming. Jeg fant denne artikkelen gjennom søk på Academic Search Elite. Det ble gjennomført intervju i fokusgrupper for å samle inn data. Dette er en hensiktsmessig måte å samle inn data når man bruker denne metoden (Thidemann, 2015). Artikkelen er relativt ny, og belyser et aktuelt tema. Den handler om pårørende til personer med demens sin opplevelse av omsorgsrollen. Denne artikkelen er engelsk, noe som vil kunne føre til feiltolkning av innholdet, ettersom det ikke er det språket jeg bruker mest.

**”Pårørendes erfaring med kommunal hjemmetjeneste til personer med demens”**

(Nordhagen & Sørli, 2016)

Denne forskningsartikkelen er publisert i tidsskriftet ”Geriatrisk sykepleie”. Studien er gjort i Norge. Artikkelen fant jeg gjennom Swemed+. Det ble brukt en kvalitativ metode som er hensiktsmessig for å finne svar på det de lette etter (Thidemann, 2015). For å samle inn data brukte de individuelle intervju. Artikkelen er publisert i 2016, og er derfor ny og belyser et aktuelt tema. Artikkelen handler om pårørende til personer med demens, og går derfor direkte på avgrensingen av min problemstilling.

**”Den familiære relasjonens betydning for pårørendes behov i møte med helsetjenesten”**

(Hansen & Sommerseth, 2014)

Denne forskningsartikkelen er publisert i ”Nordisk tidsskrift for helseforskning”. Studien ble utført i Norge. Denne fant jeg under søkene på Swemed+. De opplyser at de har brukt både kvalitativ og kvantitativ metode i studiet. Det ble foretatt fokusgruppeintervju for å samle inn data i den kvalitative delen av studien, og spørreskjema i den kvantitative delen. Artikkelen er tre år gammel, og derfor relativt ny. Likevel har det skjedd endringer i offentlige dokument siden da, som kan spille inn

på resultatene i studien (Dalland & Trygstad, 2017). Denne artikkelen handler om pårørende opplevelser på tvers av pasientens diagnose. Dette vil virke inn på relevansen for problemstillingen, siden jeg har begrenset oppgaven min til personer med demens.

### **”På alerten” hele tiden! Om pårørendens omsorgsrolle når deres nærmeste utvikler demens”**

Norheim og Dombestein (2015)

Forskningsartikkelen er publisert i tidsskriftet ”Demens og alderspsykiatri”. Denne fant jeg ved søk på Swemed +. De har brukt en kvalitativ tilnærming i studien. For å samle inn data utførte de individuelle intervju. Artikkelen er relativt ny, og funnene vil derfor kunne knyttes opp til dagens situasjon. Artikkelen handler om pårørendes opplevelse av å være omsorgsgiver til en person med demens, og ligger derfor nær avgrensingen av min problemstilling.

Alle forskningsartiklene jeg har funnet er basert på kvalitative studier. Forskeren sin personlighet vil i denne typen studie være med å påvirke hvilke resultater de får, siden de kommer fra intervju eller observasjoner (Dalland, 2017). Dette kan være en svakhet ved artiklene jeg har funnet. Samtidig er det få informanter i hvert studie, noe som vil si at grunnlaget for funnene kan være noe svakt.

I Norge har vi et velferdssystem som skiller seg fra andre steder i verden. Fire av de fem forskningsartiklene jeg har funnet er basert på studier som er gjort i Norge. Dette er et bevist valg jeg har gjort, fordi befolkningen i andre land ikke vil ha tilgang på helsetjenester på samme måte.

### **Faglitteratur**

Faglitteraturen jeg har tatt utgangspunkt i er ”Hjemmesykepleie” (Fjørtoft, 2016) , ”Geriatrisk sykepleie” (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2014) og ”Helsepedagogikk” (Tveiten, 2016). Dette er i hovedsak lærebøker. Lærebøker er ikke tilstrekkelig i en større oppgave, mener Dalland & Trygstad (2017), fordi de inneholder instruerende tekster. Derfor vil dette være en svakhet i oppgaven.

Jeg ble tipset om Jakobsen & Homelien (2013) sin artikkel ”Å forstå pårørende til personer med demens” av læreren min. Forfatterne av denne artikkelen har tidligere skrevet en bok om pårørende til personer med demens. Derfor ser jeg denne relevant, og har brukt denne i oppgaven.

## 3 Teori

### 3.1 Kognitiv svikt

Våre kognitive funksjoner er : *".. evnen til å oppfatte og innhente informasjon fra verden rundt oss, lagre den, og planlegge og handle ut fra den informasjonen vi har"* (Skovdahl & Berentsen, 2014, s.409). Ved en kognitiv svikt vil denne funksjonen være nedsatt, og man vil derfor ha problemer med tankeprosessen. Demens er en form for kognitiv svikt. Det finnes flere typer demens, men alle er progredierende. Som vil si at sykdommen utvikler seg (Skovdahl & Berentsen, 2014).

### 3.2 Pårørende

I følge Helse-og omsorgstjenesteloven § 3-6 (2011) har kommunen ansvar for at pårørende som yter tungt omsorgsarbeid får nødvendig støtte, i form av veiledning og opplæring, avlastningstiltak og omssorgstønad.

I melding til Stortinget understreker regjeringen at pårørende ikke skal yte omsorg for sine nærmeste på bakgrunn av at det offentlige ikke strekker til. De skal derimot motta støtte fra det offentlige hjelpeapparatet, slik at ikke omsorgsoppgavene går utover deres egen helse (Meld.St. 29, 2012-2013). Omsorgsplan 2020 viderefører regjeringens melding til Stortinget. Gjennom denne planen formidler regjeringen pårørendes behov for å støtte og bli synliggjort. Hvor de nevner pårørendestøtte, informasjon, opplæring og veiledning som en punkt for å styrke samspillet mellom helse-og omsorgstjenestene og pårørende (Helse-og omsorgsdepartementet, 2014).

Hjemmesykepleie er helt spesiell, siden sykepleien utøves i pasientens eget hjem. Dette vil kunne by på noen utfordringer. Man beveger seg mellom det private og det offentlige hele tiden. Når pårørende bor i samme hus, vil man ha enda flere faktorer å forholde seg til (Fjørtoft, 2016). Godene ved uformell omsorg er mange. Den uformelle omsorgsgiveren kjenner pasienten godt, noe som skaper trygghet og kontinuitet (Fjørtoft, 2016). Samtidig er de også gjerne pasientens sosiale nettverk. Derfor vil det være viktig å diskutere hvordan oppgavene skal fordeles, slik at man skiller mellom de ulike rollene pårørende har til pasienten (Bøckmann og Kjellevold, 2015).

Pasientens partner utgjør en stor del av den uformelle omsorgen. Det er partner som påvirkes mest av pasientens sykdom og funksjonssvikt. De har ofte levd et langt liv sammen. De har på denne

måten en tettere relasjon enn pasienten har til andre pårørende. Når den ene blir syk eller får en funksjonssvikt vil dette være en stor påkjennelse (Fjørtoft, 2016). De strekker seg langt for at pasienten skal kunne være hjemme så lenge som mulig. Som partner og omsorgsgiver vil man være bundet til hjemmet dersom omsorgsoppgavene er store. De vil ha behov for støtte og bekreftelse på arbeidet de gjør (Birkeland & Flovik, 2016). Ved å gi god informasjon og føre en god dialog med pårørende, vil sykepleieren bidra til en felles forståelse av situasjonen de står i (Birkeland & Flovik, 2014).

Noen bruker uttrykket "De usynlige hjelperne" om pårørende til hjemmeboende. Grunnen til dette er at de utgjør en betydelig stor del av pasientens omsorg, samtidig som de også har et behov for å bli sett og møtt med forståelse (Fjørtoft, 2016). Sykepleierens oppgave om å støtte den uformelle omsorgsgiveren er derfor et viktig prinsipp i tjenestetilbudet (Kirkevold, 2014).

Når pasienten får et hjelpebehov må pårørende selv avgjøre hvor mye de vil hjelpe til ut i fra pasientens hjelpebehov. Det å ha omsorgen for en nær relasjon vil kunne være ønskelig, men det kan også kun føles som en plikt (Birkeland & Flovik, 2014).

Sykepleieren skal ivareta pårørendes behov, ved blant annet å tilpasse tjenestetilbudet (Kirkevold, 2014). Kartleggingsverktøy kan hjelpe helsepersonell og se hvilke behov pårørende har i den enkelte situasjonen. Kartlegging innebærer å finne ut hvordan relasjonen innad i familien fungerer, hvilke oppgaver som er belastende, og sånn finne ut hvilke tiltak som sykepleieren kan ivareta pårørendes behov (Kirkevold, 2014). Ved å bruke kartleggingsverktøy blir arbeidet til sykepleieren mer målrettet og relevant for akkurat den situasjonen det gjelder. "Pårørende stress skala" er et verktøy med 15 spørsmål som kan brukes for å avdekke stresskilder som oppleves blant pårørende med omsorgsansvar for et familiemedlem. Spørsmålene handler om dagligdagse gjøremål (Greene, 1982) (Sisert i Kirkevold, 2014, s. 151).

### **3.3 Relasjon og kommunikasjon**

Relasjon er forholdet mellom mennesker, i følge Eide & Eide (sisert i Tveiten, 2016, s.73). For at en relasjon skal fungere mellom helsepersonell og pårørende, må partene ha tillit til hverandre og samarbeidet være likeverdig. Mellom helsepersonell og pasient eller pårørende vil denne relasjonen være asymmetrisk, fordi fagpersonen har tilegnet seg en kompetanse som den andre parten ikke har. Tillit skapes når fagpersonen møter pasient og pårørende med empati, anerkjennelse og tilstedeværelse. Målene som blir satt i møte mellom partene må være basert på pasient og

pårørendes verdier. Kommunikasjon er sentralt i relasjoner. I kommunikasjon deler man sine meninger og opplevelser med andre. Begrepet kommunikasjon inneholder både hva man uttrykker verbalt, og gjennom kroppsspråket vårt. Med bakgrunn i sin kompetanse, må fagpersonen legge til rette for god kommunikasjon. God kommunikasjon oppstår når det partene formidler oppfattes slik budskapet var ment. Konteksten kommunikasjonen foregår i vil også ha betydning for den oppleves som god. Bestemte situasjoner krever ulike kommunikasjonsformer, for at budskapet skal komme frem på rett måte og ha betydning for den det gjelder. Dersom man har etablert en bærende relasjon vil det være lettere å formidle informasjon og forstå hva den andre parten mener (Røkenes & Hanssen, 2012).

### **Aktiv lytting**

Ved aktiv lytting hører man ikke bare på hva den andre personen forteller, men man viser at man forstår personen gjennom kroppsspråket vårt og ved å vise interesse gjennom å stille spørsmål og gi tilbakemeldinger. En viktig del av aktiv lytting er å gjengi hva den andre personen har sagt med sine egne ord, slik at personen ser om du har forstått det han ønsket å formidle. Dersom det skulle ha oppstått misforståelser, kan man da rette opp i de. Når man lytter aktivt vil det kunne føre til at personen formidler mer, fordi den andre personen stiller ledende spørsmål som gjør det lettere å formidle (Røkenes & Hanssen, 2012).

## **3.4 Pårørendeopplæring**

En av sykepleierens oppgaver er å gi informasjon til pårørende. Når deres nærmeste blir syke, har pårørende behov for informasjon, råd og veiledning (Bøckmann & Kjellevold, 2015).

For at pårørende skal mestre utfordringer rundt pasientens helse, kan helsepersonell bruke ulike metoder for å samhandle med dem på. For å kunne bruke en av metodene vil man være avhengig av å vite hva pårørende har kunnskap om fra før, slik at metoden er tilpasset hva den enkelte pårørende har behov for og er mottakelig for (Tveiten, 2016).

**Veiledning** er en pedagogisk metode som skal hjelpe personen til å bruke sine egne ressurser for å oppnå mestring. Veilederen må legge til rette for at personen tar til seg kunnskapen, men det er personen selv som har ansvar for å bruke den. Veiledning foregår gjennom dialog (Tveiten, 2016).

**Informasjon** er en måte å kommunisere på der bare den ene parten formidler kunnskap, og den andre parten hører på. Når helsepersonell samhandler med pårørende vil det likevel kunne være behov for å snakke om det i etterkant, slik at de kan sikre seg at informasjonen blir forstått (Tveiten, 2016).

**Undervisning** er en planlagt samhandling hvor det foregår kunnskapsformidling.

Kunnskapsformidlingen kan skje sammen med andre eller individuelt, og det vil være mulighet for at mottakerne kan stille spørsmål eller diskutere det som blir formidlet. For at undervisningen skal være betydningsfull for mottakeren må det passe med vedkommendes behov for kunnskap og situasjonen de står i. Behovet for undervisning trenger ikke bli uttrykt av mottakeren selv, men vil også kunne bli vurdert som nødvendig av fagpersonen (Tveiten,2016).

## **4 Resultat/funn**

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere funnene i forskningartiklene.

### **4.1 Familiebasert omsorg på godt og vondt**

(Aasgaard, Mogensen & Grov, 2009)

I denne studien fikk 51 pårørende et spørreskjema hvor de svarte på deres opplevelse av å være omsorgsgiver. De hadde alle hovedomsorgen for en person med demens.

Studien viser at det er en forskjell mellom kvinner og menns opplevelse av omsorgsrollen.

Resultatene av spørreundersøkelsen viser at kvinnene tar på seg store deler av omsorgen selv, og opplevde at omsorgsrollen hadde en negativ innvirkning på hverdagen deres. De uttrykker at det både er psykisk og fysisk belastende. Kvinnene er ikke fornøyde med det kommunale tilbudet.

Mennene opplevde derimot at pleie-og omsorgssituasjonen hadde lite innvirkning på hverdagen deres. De utførte de praktiske oppgavene selv, mens fikk hjelp av hjemmesykepleien til de andre oppgavene. Mennene er fornøyde med det kommunale tilbudet, men trenger mer informasjon fra helsepersonellet.

### **4.2 Family caregivers experiences of formal care when caring for persons with dementia through the process of the disease**

(Lethin, Hallberg, Karlsson, & Janlov, 2015)

I denne studien ble 23 ektefeller og voksne barn av personer med demens intervjuet for å fange opp deres opplevelse av samarbeidet med helsevesenet.

Denne studien viser at pårørende mener det er viktig å danne en god relasjon med hjemmesykepleien for at samarbeidet skal fungere, noe som innebærer at hjemmesykepleien gir og er tilgjengelig for å gi viktig informasjon og veiledning til pårørende. Noen av informantene var fornøyde med deres samarbeid med formell omsorg, mens andre mente det var vanskelig å få hjelp.

### **4.3 Pårørendes erfaring med kommunal hjemmetjeneste til personer med demens**

(Nordhagen & Sørli, 2016)

I denne studien deltok fire pårørende til personer med demens som mottok hjemmesykepleie som deltok. Det ble utført intervju for å samle inn data.

Studien viser at pårørende både har positive og negative erfaringer med hjemmesykepleien. Hvor det viser seg at forskjellene lå hos hvordan den individuelle pleieren møtte dem. Pleierne som tok seg tid og viste omsorg både for pasienten og pårørende skapte trygghet og tillit hos pårørende. De negative erfaringene bygget blant annet på at de opplevde at det var vanskelig å vite hvem de skal henvende seg til, fordi de ikke har fått informasjon om hvordan tjenesten er organisert. De har heller ikke blitt spurt om gi informasjon angående pasienten. Noe de selv tenker er viktig for at pasienten får omsorg tilpasset sine behov, og manglende informasjon gjør at de blir usikre på pasienten faktisk får den omsorgen de trenger. Informasjonen de gir pleierne blir ikke alltid tatt videre, noe som skaper mistillit til tjenesten.

### **4.4 "På alerten" hele tiden! Om pårørendens omsorgsrolle når deres nærmeste utvikler demens**

(Norheim & Dombestein, 2015)

I denne studien ble utvalget fordelt på to datasett. Denne ene gruppen hadde syv informanter fra sykehjem. Hvor informantene var pårørende som hadde erfaring fra at deres nærmeste tidligere hadde bodd hjemme med demens. Relasjonen deres til pasienten var enten ektefelle eller datter. Den andre gruppen inneholdt fem informanter. Her var informantene døtre til mødre med demens som mottok kommunale tjenester. Hensikten bak studien var å få kunnskap om hvordan pårørende opplevde deres situasjon som omsorgsgiver for sine nærmeste med demens. Funnene i begge settene er presentert sammen i artikkelen.

Funnene i studiene viser at pårørende så på omsorgsrollen som en stor belastning. Likevel ønsket de å beholde den, fordi de følte det de bidro med var betydningsfullt. Hvor noen av ektefellene uttrykte at de bidro med pleieoppgaver av kjærlighet til ektefellen. Videre uttrykte pårørende at de hadde



behov for informasjon om sykdommen, noe de i lite grad hadde fått av helsepersonellet. Relasjonen til familien og til helsepersonellet hadde betydning for samarbeidet. Noen uttrykte at de ikke hadde kontroll, fordi rollene mellom pårørende og helsepersonell ikke var avklart. Dersom det hadde vært en tydeligere rolleavklaring mente de at de ville opplevd mer kontroll i omsorgssituasjonen.

#### **4.5 Den familiære relasjonens betydning for pårørendes behov i møte med helsetjenesten**

(Hansen & Sommerseth, 2014)

I denne studien var informantene delt i to fokusgrupper på 6 og 7 deltakere. Den ene gruppen besto av voksne i alderen 35-65 år. Disse var pårørende til en eller flere familiemedlemmer.

Helseproblemene var ulike. I den andre gruppen var det voksne i alderen 25-35 år. Det ble også gjort en datainnsamling ved hjelp av et spørreskjema. Her var målgruppen personer over 18 år som hadde helsemessige og/eller sosiale vansker. Disse informantene ble rekruttert gjennom sosiale medier og andre nettsteder, derfor var denne undersøkelsen åpen for alle.

Studien viser at behovene og erfaringene fra pårørende hadde liten sammenheng med hvilken diagnose eller helseutfordring de måtte forholde seg til, men at det var store forskjeller når det gjaldt hvilken relasjon de hadde. Ulike behov utmerker seg der ektefelle/samboer sammenlignet med pårørende til egne voksne barn eller gamle foreldre. Hvor pårørende til ektefelle/samboer uttrykte at deres behov for støtte gjaldt hvordan de kunne fortsette samlivet som partner, til tross for partnerens omsorgsbehov. De hadde behov for gjensidig samarbeid, informasjon om hvilke støtte muligheter de har og veiledning for samlivet. Pårørende følte at de ble oversett i kontakt med helsetjenesten, og at det var kun pasienten som var i fokus. De påpekte at i tilfeller hvor helsepersonell ikke hadde bidratt til å bygge opp tillit påvirket dette hvordan de selv framstod. Helsepersonell hadde gitt dem lite informasjon, selv om pårørende hadde store omsorgsoppgaver. Pårørende påpekte kontakt med andre personer i samme situasjon som viktig, men at de hadde fått lite informasjon om slike tilbud fra helsepersonell.

## 4.6 Oppsummering av funnene

Forskningen viser at det er relasjonelle forhold som er bakgrunn for hvordan pårørende opplever samarbeidet med det offentlige helsevesenet. Det er forskjell på hvordan kvinner og menn opplever omsorgstjenesten, med bakgrunn i hvilke oppgaver de påtar seg. Pårørende uttrykker at de har behov for mer informasjon for å møte den nye hverdagen som omsorgsgiver, både for å kunne føle seg kompetente når de yter omsorg og for å kunne fortsette livet.

## 5 Drøfting

Jeg har valgt to drøftingsområder, som jeg ut i fra funnene i forskning, teori og egne erfaringer anser som betydningsfulle for å ivareta pårørende. Disse områdene er relasjon og pårørendeopplæring. Avlastningstiltak er også et viktig område, men på grunn av oppgavens lengde har jeg valgt det bort.

### 5.1 Danne en god relasjon

I flere av forskningsartiklene kommer det frem at relasjonen mellom pårørende og hjemmesykepleien har innvirkning på hvordan pårørende opplever samarbeidet. En god relasjon mellom sykepleier og pårørende er bygget på tillit (Tveiten, 2016). For å oppnå tillit hos pårørende må sykepleieren møte dem med empati, anerkjennelse og tilstedeværelse, i følge Røkenes & Hanssen (2012).

Hos pårørende til pasienter med demens er behovet for forståelse stort, fordi de må forholde seg til forandringer hos pasienten som skaper kaos og besymring (Jakobsen & Homelien, 2013). I studien til Hansen & Sommerseth (2014) opplevde pårørende at de ble oversett, og at fokuset kun lå på pasienten. Når fokuset kun ligger på pasienten, vil pårørendes omsorgsarbeid kunne føles tyngre, fordi arbeidet deres ikke blir anerkjent (Fjørtoft, 2016). I situasjoner hvor pårørende har omsorgen, så har de rett på nødvendig støtte fra kommunen, i følge Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Bidrar ikke sykepleieren til dette, vil det tenkes at de ikke fyller den plikten som loven gir dem. Derfor skal sykepleieren, med utgangspunkt i en god relasjon til pårørende, kunne gi dem den støtten de trenger (Kirkevold, 2014).

Det er en stor overgang å gå fra å bare være partner, til å bli omsorgsgiver for den demensrammede (Fjørtoft, 2016). Pårørende til personer med demens vil måtte forholde seg til forandringer som skiller seg fra andre sykdommer, og innebærer svikt i kognitive funksjoner. Som vil gjøre hverdagen mindre forutsigbar enn den var tidligere (Skovdahl & Berentsen, 2014). For denne overgangen skal bli lettere er det viktig at sykepleieren og pårørende sammen avgjør og tydeliggjør hvordan oppgavene skal fordeles mellom dem. På denne måten kan pårørende klare å skille mellom de ulike rollene pårørende har til pasienten og føle mer kontroll i hverdagen (Bøckmann & Kjellevold, 2015). Følelsen av å ikke ha kontroll beskrives i Norheim & Dombestein (2015) på samme grunnlag. De beskriver et eksempel hvor pårørende hadde fått ansvar for medisineringsen til pasienten. Noe som ble ubehagelig, og førte til konflikt mellom pårørende og pasienten. Dette viser betydningen av å

tydeliggjøre oppgavene mellom pårørende og sykepleien sammen, slik at pårørende er tilfreds i rollene sine.

Sykepleieren skal legge til rette for god kommunikasjon med pårørende (Røkenes & Hanssen, 2012). Kommunikasjonen er bindeledd mellom sykepleier og pårørende, og gjør at de kan forstå hverandre. Relasjonen mellom sykepleier og pårørende vil være asymmetrisk (Tveiten, 2016). Derfor kan det være utfordrende for sykepleier å skulle snakke med pårørende uten å føle at de overkjører dem (Røkenes & Hanssen, 2012). Når sykepleieren skal bygge tillit hos pårørende er derfor aktiv lytting et sentralt virkemiddel. Da viser sykepleieren at hun ønsker å forstå pårørendes opplevelse av omsorgssituasjonen, ved å hele tiden gi tilbakemeldinger og gjenta med egne ord det hun oppfatter. På denne måten vil sykepleieren kunne styre samtalen, samtidig som pårørende føler at de er en likeverdig part i relasjonen (Røkenes & Hanssen, 2012). Det kan tenkes at det kan være vanskelig for pårørende å åpne seg for sykepleieren, fordi de da legger ut informasjon om den demensrammede, som personen selv ikke vil ha anledning til å uttale seg eller gi sitt samtykke. Denne utfordringen nevnes også i Jakobsen & Homelien (2013) sin artikkel, men de påpeker at pårørende som oftest synes det er godt å kunne fortelle om opplevelsene sine til helsepersonell.

Dersom samarbeidet mellom pårørende og hjemmesykepleien skal være godt, må det være tilpasset behovene til den enkelte (Kirkevold, 2014). Aasgaard et al. (2009) sin forskning viser derimot at pårørende ikke følte at deres tilbud fra hjemmetjenesten var individuelt tilpasset, ut i fra deres funn om at kvinner og menn tar på seg ulike oppgaver i omsorgen. I praksis opplevde jeg at det var stor variasjon i hva de enkelte sykepleierne i hjemmesykepleien startet med i møte med nye pasienter og pårørende, og jeg kan derfor kjenne meg igjen i Aasgaard et al. (2009) sin forskning. I mange tilfeller opplevde jeg at sykepleierne møtte opp uten å vite noe særlig om situasjonen og parets bakgrunnshistorie, og tok utgangspunktet i hva som ble beskrevet i pasientens vedtak. Ettersom demens er en progredierende sykdom (Skovdahl & Berentsen, 2014), vil det kunne tenkes at også behovene til pårørende vil endre seg etter hvert som sykdommen utvikler seg. Dette bekreftes i Jakobsen & Homelien (2013) sin artikkel, når de påpeker at pårørende vil ha ulike behov for støtte i sykdommens ulike faser. Kirkevold (2014) nevner en belastningsskala som skal kartlegge belastningssymptomer hos pårørende som yter omsorg for en av sine nærmeste. Bruker man slike verktøy når man møter pårørende kan det tenkes at de får inntrykk av at sykepleieren ønsker å gjøre sitt beste for at de skal føle seg tilfreds i situasjonen. Fra et annet perspektiv vil kartleggingen kunne foregå uten å bruke verktøy. Når sykepleieren setter seg ned i hjemmet, vil en kartlegging naturlig skje gjennom samtalen. Kartlegging er en naturlig del av sykepleierens arbeid. Likevel vil det være

nyttig å notere seg elementer av det pårørende forteller, slik at man kan rapportere og bruke det videre. Da vil det jo tenkes at en form for kartleggings skjema gjøre det lettere.

Samtidig kan det tenkes at for mye fokus på kartlegging kan føre til at pårørende føler at de skal avlaste hjemmesykepleien, i stedet for å være en ressurs for pasienten. Man hører ofte at hjemmesykepleien har et tett program, og dette er noe jeg selv kjente på i praksis. Tid blir ofte trukket fram som en avgjørende faktor i helsetjenestene (Fjørtoft, 2016). Det kan derfor tenkes at pårørende kan oppleve at kartleggingen gjøres for å få oversikt over områder der hjemmesykepleien kan slippe å bruke sine ressurser for å spare tid.

Selv om sykepleieren har skapt tillit hos pårørende, vil det være nødvendig å opprettholde denne tilliten ved å videreføre det man har snakket om i sine handlinger. I Nordhagen & Sørli (2015) sin studie opplevde imidlertid pårørende at de kunne gjenta informasjon opptil flere ganger uten at det ble tatt videre. Kontinuitet er ofte omtalt som en utfordring i helsetjenester (Fjørtoft, 2016). I forskning og faglitteratur understrekes viktigheten av kontinuitet hos pasienter med demens. Kontinuitet vil ikke nødvendigvis kun handle om at pasient og pårørende møter samme pleierne, men handler også om at informasjon blir videreformidlet til kollegar, slik at de hele tiden har oppdatert informasjon om hvordan det enkelte skal følges opp (Fjørtoft, 2016).

En utfordring for sykepleier kan være å balansere fokuset mellom pårørende og pasient. Som nevnt tidligere opplevde pårørende at de ble oversett, men på en annen side kan det å danne en god relasjon til pårørende gå på bekostning av pasienten. Her er yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2016) klar på at det er pasienten som skal prioriteres. Likevel vil det av egen erfaring kunne oppstå situasjoner hvor man gjerne skulle vært der for begge to.

Pårørende tar ofte på seg omsorgsrollen gradvis når pasienten utvikler demens. Demens vil kunne utvikle seg på ulike måter, men i hovedsak vil pasienten bli mer og mer avhengig av hjelp (Skovdahl & Berentsen, 2014). Omsorgsarbeidet kan foregå i mange år, og det kan være vanskelig å forutse om pårørende ønsker å ha omsorgen når sykdommen kommer til en vist stadie. Sykepleieren må til en hver tid være klar over at pårørende kan skifte mening, fordi som meld st. 29 (2012-2013) understreker, skal ikke pårørende føle at må, fordi hjemmesykepleien ikke strekker til. Belastningene kan, som blant annet Norheim & Dombestein (2015) sin studie tydelig viser, være en stor påkjennelse. Hvis pårørende føler det er en plikt å stille opp som omsorgsgiver, vil det tenkes at omsorgsrollen gir partneren lite tilbake (Birkeland & Flovik, 2014).

Nordhagen & Sørli (2016) sin studie viser at pårørende ikke ble spurt om informasjon om pasienten. Pårørende sin kunnskap er avgjørende for at pasientens behov skal bli individuelt tilpasset. Derfor må pårørende kunne stole på at pasienten får den hjelpen de trenger, hvis ikke vil de miste tilliten til sykepleieren. Samtidig vil det være spørsmål om sykepleien er faglig forsvarlig, dersom de unnlater å hente inn informasjon fra pårørende som kan være vesentlig for yrkesutøvelsen (Helsepersonelloven, § 4, 1999).

I praksis opplevde jeg at i de situasjonene hvor jeg gjenopptok samtaleemner fra forrige besøk, opplevdes som hyggelig og oppmuntrende for pårørende. Da viste jeg at jeg så dem og at deres liv var betydningsfullt, uten at det trengte å handle om omsorgsrollen. Det kunne være så enkelt som bare å spørre om gårsdagens middag smakte godt, eller om det var hyggelig å få besøk av barnebarna.

## 5.2 Pårørendeopplæring

Pårørende opplever at det er lite informasjon å få fra helsepersonell (Norheim & Dombestein, 2014). I en ny hverdag som omsorgsgiver vil man ha behov for at sykepleieren gir informasjon, veiledning eller råd, knyttet til sykdommen og den nye hverdagen (Bøckmann & Kjellevold, 2015). I følge § 3-6 i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) har pårørende rett på denne type støtte.

I de fleste studiene fokuserte pårørende på mangelen av informasjon. I Lethin et al. (2015) sin forskning uttrykkes det at informasjon om sykdommen er helt essensielt for å kunne være omsorgsgiver. Når pårørende får mer kunnskap, vil de forstå årsakene til endringene i pasientens oppførsel og vite hvordan de kan forholde seg til det. Noe som fører til at pårørende kan oppleve mestring, tross belastende oppgaver (Birkeland & Flovik, 2014). Av egen erfaring kan det i noen situasjoner være utfordrende å skulle gi pårørende informasjon, fordi de allerede har tilegnet seg kunnskap på egenhånd. Det finnes mye informasjon om demens på nett som er lett tilgjengelig. Pårørende vil på denne måten kunne lese om andres erfaringer knyttet til sykdommen. Det kan være positivt i mange situasjoner. Likevel er det også en fare for at de får tak i informasjon som ikke er kvalitetssikret, og derfor kan inneholde feil. Dette er noe Tveiten (2016) også nevner. Hun mener derfor at sykepleieren kan bidra ved å tipse om sider som gir kvalitetssikret informasjon. Samtidig kan det tenkes at det vil være vanskelig for sykepleieren å vite om pårørende har forstått det de har fått informasjon om. Klarer ikke pårørende å anvende informasjonen på riktig måte, vil den ha liten

verdi. I etterkant av å ha gitt informasjon vil det derfor være nytting at sykepleieren gir rom for at de kan snakke. Da vil pårørende få oppklare hvis de synes at noe var utydelig (Tveiten, 2016).

Når pårørende får mer kunnskap, vil de bli tryggere i situasjonen sin (Bøckmann & Kjellevold, 2015). På en annen side vil det kunne tenkes at de opplever at hensikten med ny kunnskap er at hjemmesykepleien trenger dem som ressurs. Fra eksempelet i forrige drøftingsdel hadde en pårørende fått ansvaret for medisiner, som endte i konflikt mellom pårørende og pasienten. I dette tilfellet ble opplæringen en byrde for pårørende, istedenfor for å virke tryggende. Dersom sykepleieren har etablert en god relasjon, vil det tenkes at slike hendelser ikke trenger å oppstå, fordi rolleavklaringen er tydeliggjort med grunnlag i hva pårørende selv ønsker (Bøckmann & Kjellevold, 2015).

Hansen & Sommerseth (2014) sin studie viser at pårørende til partnere hadde behov for veiledning om hvordan de skal fortsette livet som både partner og omsorgsgiver, og mindre behov for informasjon om sykdom og behandling. Når sykepleieren veileder pårørende får de hjelp til å selv reflektere over hvordan de kan løse utfordringer (Bøckmann & Kjellevold, 2015).

Undervisning eller annen form for læring sammen med andre pårørende vil øke kunnskapen, samtidig som de får mulighet til å prate og utveksle erfaring med resten av gruppa (Tveiten, 2016). Erfaringsmessig hjelper det å få snakket med andre i samme situasjon. Mange lurte ofte på det samme, og i slike grupper vil terskelen kunne bli lavere for å spørre om ting de lurte på. Studiet til Hansen & Sommerseth (2014) understreker pårørendes opplevde behov for å møte andre i samme situasjon.

I egen praksis opplevde jeg å møte en pårørende som var svært fortvilet. Mannen hennes bare sov, og tok ikke initiativ til noe, fortalt hun. Han hadde fått demensdiagnosen for flere år siden. Mens jeg var der kunne hun kjeft og vise tydelig at hun var irritert på han. Det er forståelig at man blir fortvilt ut i fra det hun beskriver. Samtidig tolker jeg det som at denne pårørende kunne for lite om hva demens innebærer. Hadde denne pårørende fått mer informasjon eller veiledning vil det tenkes at hun ville kunne opplevd omsorgsrollen annerledes. Dette eksempelet er med på å underbygge hensikten med omsorgsplan 2020, som setter fokus på pårørende som omsorgsgivere for at dagens nivå skal bli opprettholdt. Der et av punktene nevner informasjon, opplæring og veiledning (Helse-og omsorgsdepartementet, 2014). Helse-og omsorgstjenesteloven (2011) pålegger sykepleiere i kommunen disse tiltakene, men ettersom det senere har blitt laget en plan som viser at det må

legges mer vekt på, kan det tolkes som at dagens pårørendeopplæring ikke er tilstrekkelig. Noe jeg også har fått inntrykk av i egen praksis.



## 6 Konklusjon

Pårørende utgjør en stor og viktig del av omsorgen til hjemmeboende pasienter. Det er derfor viktig at de blir ivaretatt på en god måte. Forskning viser at de aller fleste ønsker å gi omsorg til sine nærmeste, men at de føler seg oversett av sykepleierne. Det offentlige er pålagt å ta vare på de pårørende, i følge § 3-6 i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011).

I forskningsartiklene kommer det frem at pårørende opplever at de får for lite informasjon, og at relasjonelle forhold, som tillit og likeverdighet er avgjørende i samarbeidet med hjemmesykepleien. Dette gir en pekepinn på hvilke områder pårørende selv opplever som betydningsfulle når de skal være omsorgsgiver for sine nærmeste. Ut i fra disse funnene har jeg drøftet hvordan sykepleier kan ivareta pårørende til hjemmeboende pasienter gjennom å danne en god relasjon og pårørendeopplæring. Danne en god relasjon innebærer god kommunikasjon, avklarte roller og kartlegging for å tilpasse tilbudet til den enkelte pårørende. Med grunnlag i en god relasjon vil sykepleieren fange opp hvilke tiltak som skal settes i verk. Når pårørende skal begi seg ut i en ny rolle, vil de være avhengig av mer kunnskap. Pårørendeopplæring vil gjøre pårørende tryggere og de vil kunne oppleve å mestre utfordringer som følger med pasientens sykdom. Jeg har derfor konkludert med at dette er måten sykepleieren kan ivareta pårørende. Kontinuitet i omsorgen er viktig, men behøver nødvendigvis ikke handle om at man møter samme sykepleier hele tiden, men at informasjonen blir videreformidlet mellom de ulike pleierne i hjemmesykepleien.

God ivaretagelse av pårørende vil kunne føre til at flere pasienter med demens vil kunne bo hjemme lengre, fordi pårørende er en viktig omsorgsgiver. Samtidig vil det være samfunnsøkonomisk lønnsomt når omsorgen foregår i hjemmet. Med samfunnsøkonomisk lønnsomhet mener jeg at det kan forebygges sykdom hos pårørende og færre inneliggende på institusjon. Det vil samtidig være en viktig oppgave for sykepleieren og finne en balanse mellom den formelle og uformelle omsorgen. Økt fokus på ivaretagelse av pårørende til demente vil altså kunne være positivt for pasienten, pårørende og samfunnet.

## Litteraturliste

- Aasgaard, L., Mogensen, T. M., & Grov, E. K. (2009) Familiebasert omsorg på godt og vondt. *Sykepleien Forskning* 2007 2(3)(186-192) DOI: 10.4220/sykepleienf.2007.0058
- Bøckmann, K., & Kjellevoid, A. (2015) *Pårørende i helse-og omsorgstjenesten: En klinisk og juridisk innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Birkeland, A., & Flovik, A. M (2014) *Sykepleie i hjemmet* Oslo: Cappelen damm Akademisk
- Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving* Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, O. & Trygstad H. (2017) *Kilder og kildekritikk*. O. Dalland Metode og oppgaveskriving (6.utg, s. 148-165) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Fjørtoft, A.-K. (2016) *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget
- Hansen H. & Sommerseth R. (2014) Den familiære relasjonens betydning for pårørendes behov i møte med helsetjenesten. *Nordisk Tidsskrift for helseforskning* 2014;10(2)62-75 doi: 10.7557/14.3323
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014) *Omsorgsplan 2020* Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg_2020.pdf)
- Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>
- Jakobsen R. & Homelien S. (2013) Å forstå pårørende til personer med demens. Geriatrisk sykepleie Hentet fra [https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/13gs1\\_parerende\\_demens\\_1509.pdf](https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/13gs1_parerende_demens_1509.pdf)
- Kildekompasset (2015, 22.april) *Kvalitet* Hentet fra 14.november fra <http://kildekompasset.no/kildekritikk/vitenskapelige-artikler/kvalitet.aspx>

Kirkevold M., Brodtkorb, K. & Ranhoff A-H. (red.) (2014) Geriatrisk sykepleie: sykepleie pleie til den gamle pasienten (3.utg) Oslo: Gyldendal akademisk

Kirkevold, M.(2014). *Samarbeid med pasient og pårørende*. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.) Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten. (2.utg.). (s.145-161). Oslo: Gyldendal akademisk

Kirkevold, M. (2014) *Kartlegging* M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H Ranhoff (Red.) Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten (2. utg., s. 122-143) Oslo: Gyldendal akademisk

Lethin, C., Hallberg, I. R., Karlsson, S., & Janlov, A.-C. (2015) . Family caregivers experiences of formal care when caring for persons with dementia through the process of the disease. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* Volume 30, Issue 03.09.2016 DOI: 10.1111/scs.12275

Meld. St. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>

Nordhagen, V. K. L. & Sørli, V. (2016). Pårørendes erfaringer med kommunal hjemmetjeneste til personer med demens. *Geriatrisk sykepleie*, 8(2), 8-14. Hentet fra <http://www.sykepleien.no/vis-artikkel/319014/Geriatrisk-sykepleie>

Norheim A. & Dombestein H. (2015) "På alerten" hele tiden! Om pårørendes omsorgsrolle når deres nærmeste utvikler demens. *Demens og alderspsykiatri* 2015;19(4)22-8  
Hentet fra [https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/ah-web-prod/documents/Demens\\_4-2015.pdf](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/ah-web-prod/documents/Demens_4-2015.pdf)

Norsk sykepleierforbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Pasient-og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient-og brukerrettigheter. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Røkenes, O.H & Hanssen, P-H. (2012) *Bære eller breste: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*  
Bergen: Fagbokforlaget

Skovdahl, K. & Berentsen, V.D (2014) *Kognitiv svikt og demens* M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H Ranhoff  
(Red.) Geriatrisk sykepleie: sykepleie til den gamle pasienten (2.utg, s. 408-437) Oslo: Gyldendal  
akademisk

Statistisk sentralbyrå (2017, 26.juni) Omsorgstenester

Hentet 14.november fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie>

Thidemann, I.-J. (2015). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Oslo: Universitetsforlaget .

Tveiten S. (2016) Helsepedagogikk. Bergen: Fagbokforlaget