



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Meistring gjennom eit salutogent perspektiv

Mastery through a salutogenic perspective

Kandidatnummer 160

Bachelor i sjukepleie, Fakultet for helse- og sosialvitenskap,
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,

Campus Førde

Innleveringdato: 7. desember 2020

Samandrag

Tittel

Meistring gjennom eit salutogent perspektiv.

Bakgrunn for val av tema

Noverande og framtidens demensomsorg er i stor grad avhengig av pårørandes innsats for at demenssjuke kan bu lengre heime. Med grunnlag i Stortingsmelding 29 «Morgendagens omsorg», kom det i 2017 ein nasjonal pårøranderettleiar som har til hensikt å oppretthalde dagens pårørandeomsorg gjennom å synleggjere og støtte pårørande, betra samhandling og styrka kvaliteten på eit samla tenestetilbod. Forsking viser negative konsekvensar som fylgje av omsorgsarbeidet. Likevel er det òg forskning som viser det motsette. Dette synleggjer at pårørande er individuelle, men likevel vil dei på eit tidspunkt ha behov for støtte til å meistre omsorgsrolla. Hensikta med oppgåva er difor å få kunnskapar om korleis eg som sjukepleiar kan møte den enkelte sine behov, på riktig måte, i riktig tid.

Problemstilling

Korleis fremje meistring hjå pårørande?

Metode

Problemstillinga vert belyst av eksisterande, relevante forskingsartiklar, fagbøker, offentlege dokument, yrkesetiske retningslinjer og egne erfaringar.

Funn og konklusjon

Forsking viser at pårørande har behov for informasjon, rettleiing og undervising, sosial støtte og ei meningsfull oppleving av omsorga for å meistre rolla som omsorgsperson. Sjukepleiar må gjennom ein tillitsfull relasjon og likeverdige dialog, ha fokus på å leggje til rette for pårørande si medverking. Ein må kartleggje pårørande si oppleving, behov, ynskjer og ressursar, samt subjektive erfaringar om kva som fremjar meistring i deira liv. Samhandlinga mellom sjukepleiar og pårørande gjer det mogleg å gje adekvat støtte til å styrka områda som fører til meistring.

Nøkkelord

omsorgsgjevar, partner, demens, meistring, stress

Summary

Title

Mastery through a salutogenic perspective.

Background

Current and future dementia care is largely dependent on relatives' efforts to ensure that people with dementia can live longer at home. Based on Report to the Storting 29 «Tomorrow's care», a national relatives' guide was created in 2017 which intends to maintain the current relatives' care by visualizing and supporting relatives, improving interaction and strengthening the quality of an overall service offer. Research shows negative consequences as a result of care work. Nevertheless, there is research that shows the opposite. This shows that relatives are individual, but still they will at some point need support to master the caring role. The purpose of the assignment is therefore to gain knowledge about how I as a nurse can meet the individual needs, in the right way, at the right time.

Problem

How to promote mastery in relatives?

Method

The issue is highlighted by existing, relevant research articles, textbooks, public documents, professional ethics guidelines and own experiences.

Findings and conclusion

Research shows that relatives need information, guidance and teaching, social support and a meaningful experience of care in order to master the role as a caregiver. Through a trusting relationship and equal dialogue, the nurse must focus on facilitating the relatives' participation. One must map the relatives' experiences, needs, desires and resources, as well as subjective experiences about what promotes mastery in their lives. The interaction between nurse and relative makes it possible to provide adequate support to strengthen the area that leads to mastery.

Keywords

Caregiver, partner, dementia, coping, stress

Innholdsliste

1. Introduksjon	1
1.1 Innleiing	1
1.2 Avgrensing og presisering av problemstilling	2
2. Teori	3
2.1 Uformell omsorg	3
2.2 Helsepedagogikk	4
2.3 Kommunikasjon i relasjonar	5
2.4 Salutogenese	6
3. Metode	9
3.1 Litteraturstudie	9
3.2 Litteratursøk	9
3.3 Kjeldekritikk	11
4. Resultat/funn	13
4.1 Behov for informasjon, rettleiing og undervising	13
4.2 Behov for sosial støtte	14
4.3 Behov for opplevinga av meining	15
5. Drøfting	17
5.1 Begripelegheit	17
5.2 Handterbarheit	19
5.3 Meiningsfullheit	22
6.0 Konklusjon	25
Kjeldeliste	26
Vedlegg 1 - PICO-skjema	30
Vedlegg 2 – Søkjarhistorikk	31
Vedlegg 3	34
Vedlegg 4	35
Vedlegg 5	36
Vedlegg 6	37
Vedlegg 7	38

1. Introduksjon

1.1 Innleiing

I Noreg vert det ansege eit tal mellom 80.000 og 100.000 personar med demens.

Demenssjukdommar rammar hovudsakleg eldre og det er venta over ei dobling av tilfelle fram mot 2050. Dette skuldast at tal eldre er venta å auke dei komande åra (FHI, 2019). Den venta utviklinga vil vidare føre med seg eit auka press på helse- og omsorgstenester, noko som inneber at pårørande vil få eit betydeleg omsorgsansvar (Jakobsen & Homelien, 2011, s. 11).

Tal frå 2019 viser at 40% av tenestemottakarane i heimetenesta over 70 år har ein demenssjukdom (FHI, 2019). Med bakgrunn i den venta demensutviklinga er Demensplan 2020 utarbeidd med det formål at ein skal vere rusta til å imøtekoma det auka behovet for helsetenester. Ein av strategiane er å setje i verk ulike tiltak for å utsetje behovet for heildøgntilbod. Dette inneber blant anna støtte og avlasting til pårørande (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). I eit sjukepleie- og samfunnsperspektiv er pårørande ein uvurderleg ressurs for helsetenesta; pårørande sitt omsorgsarbeid og omfanget av deira støtte er avgjerande for at pasienten skal kunne bu heime så lenge som mogleg (Jakobsen & Homelien, 2011, s. 12). Samstundes viser fleire studiar at pårørande har høg risiko for å verta overbelasta og utvikle stressrelaterte symptom som følgje av omsorgsrolla (Myhre et al., 2017, 495; Stensletten et al. 2016, s. 1424). Likevel kan omsorgsrolla for nokon kjennast meiningsfull (Jakobsen & Homelien, 2011, s. 39; Shim et al. 2011, s. 226). Dette synleggjer at pårørande har individuelle behov, men uansett korleis dei opplever omsorgsarbeidet har dei fleste behov for hjelp og støtte for å meistra si nye rolle (Bruvik, 2017, s. 173). Som sjukepleiar har ein eit fagleg, juridisk og etisk ansvar å fremje samarbeid med pårørande og ta hand om deira behov og rettskrav (Bruvik, 2017, s. 178; Norges Sykepleierforbund, 2019).

Gjennom praksis og i arbeidssamanheng har eg fått erfara det enorme omsorgsarbeidet pårørande gjer. Det har vore både rørande og utfordrande. Eg har òg erfara at omsorgsopplevinga kan vere i begge endar av skalaen, frå dei som ser på omsorga med stor glede, til dei som ser på den med fortvilning og sorg. Desse erfaringane har gjeve meg tankar

om korleis eg som sjukepleiar kan vere ei støtte til den enkelte pårørande ut ifrå deira situasjon og oppleving. Eg vil difor presentera følgjande problemstilling;

Korleis fremje meistring hjå pårørande?

1.2 Avgrensing og presisering av problemstilling

Arena for oppgåva er heimesjukepleien. Eg avgrensar problemstillinga til pårørande over 65 år, med felles heim og dagleg omsorg for ein heimebuande partner med demens, og er næraste pårørande etter pasient- og brukerrettighetsloven §1-3b. På bakgrunn av funn i forskning vil eg ikkje skilje mellom kjønn. Eg vil heller ikkje fokusera på symptombilete eller grad av demensutvikling. Dette grunnjev eg med at oppgåva skal belyse korleis sjukepleiaren kan hjelpe pårørande til å meistre omsorgsrolla på best mogleg måte, parallelt med progressiv sjukdom.

2. Teori

2.1 Uformell omsorg

Gjennom livet skapar me relasjonar prega av fellesskap, gjensidigheit og føreseielegheit. Dette legg grunnlag for eit sikkerheitsnett som inneber å vera pårørande for kvarandre. Når sjukdom og funksjonssvikt rammar, er pårørande vanlegvis dei som tar omsorgsansvar for pasienten. I tillegg til å gje praktisk støtte, fremjar dei òg trygghet og livskvalitet (Bruvik, 2017, s. 173). Det er her den uformelle omsorga kjem til syne.

I motsetnad til formell omsorg som består av profesjonelle aktørar innan offentleg hjelpeapparat, er grunnlaget til den uformelle omsorga ein personleg relasjon mellom omsorgsgjevar og omsorgsmottakar. Relasjonen er ofte bygd opp av kjensler, med nære pårørande som står bak (Fjørtoft, 2016, s. 104). Hjelpa byrjar fyrst med tilrettelegging. Deretter assistering. Etter kvart som demenssjukdomen utviklar seg, vil omsorgsgjevaren ta over dei funksjonane som personen sjølv ikkje klarar (Ulstein, 2018, s. 332). I prosjektet «Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens», som er ein del av Demensplan 2015, kjem det fram at personar med demens mottar i gjennomsnitt 60-80 timar uformell omsorg månadleg på tidspunktet når demensdiagnosen fell. På tidspunktet kor det er behov for innlegging på sjukeheim, er timetalet auka til 157 (Vossius et al., 2015, s. 7). Dette viser at pårørande er ein viktig del av samfunnets totale omsorgsressurs. Pårørandepolitikken har seinare år lagt vekt på å verdsetje og synleggjere pårørande for å kunne oppretthalda nivået av pårørandeomsorga. Med bakgrunn i Stortingsmelding 29 «Morgendagens omsorg», er det utarbeidd ein nasjonal pårøranderetleiar som eit tiltak for å betra samhandlinga mellom den formelle og uformelle omsorga, gjennom å involvere, anerkjenne og støtte pårørande som har krevjande omsorgsoppgåver. Pårørande skal verta tilbydt skreddarsydd støtte og avlasting, opplæring og rettleiing (Helsedirektoratet, 2019).

Partnerar er blant dei vanlegaste omsorgsgjevarane til heimebuande med demens (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 59). Det er samstundes dei som vert mest påverka av sjukdom og funksjonssvikt (Fjørtoft, 2016, s. 107). Omsorgsansvaret fører ofte med seg negative belastningar av fysisk, psykisk, sosial og økonomisk art, av ulik karakter og styrkje. Belastninga

vert relatert til ansvar og oppgåver, endra åtferd hjå pasienten, eigne ressursar og subjektive kjensler (Bruvik, 2017, s. 185). Dette inneber at ikkje alle opplever omsorga som ei belastning i like stor grad. Nokre pårørande beskriv at omsorgsarbeidet har ført til ein nærare relasjon mellom seg og den demenssjuke, og at det kjennes verdifullt at deira omsorg og hjelp bidrar til at partnaren kan bu heime (Bruvik, 2017, s. 190).

2.2 Helsepedagogikk

Sjukepleiar har ein pedagogisk funksjon som har til hensikt å fremje læring, utvikling og meistring hjå pårørande (Tveiten, 2012, s. 181). Omgrepet meistring er særleg knytt til stress og korleis ein klarar å handtere utfordrande situasjonar som overgår dei kvardagslege, på ein god måte. Ulike livssituasjonar som sjukdom, helsesvikt og funksjonstap utfordrar individet til å bruke sine kognitive og åtferdsmessige evner til å få kontroll over indre og ytre krav og konflikhtar (Drageset, 2014, s. 85).

Helsepedagogikk er ei tilnærmingsform og arbeidsmåte ein kan forstå som læring, utvikling, undervising og rettleiing i ein helsesamanheng. Samhandlinga mellom sjukepleiar og pårørande er sentral og prega av likeverd og empowerment (Tveiten, 2016, s. 12). Empowerment vert eksempelvis omsett til «myndiggjering», «medverking» eller «eigenmakt» (Tveiten, 2012, s. 176). Omgrepet er ein strategi innan helsefremjande arbeid, der hovudprinsippet er å omfordele makt frå ekspertane (eks. sjukepleiarar) til ikkje-ekspertane (eks. pårørande). Målet er å styrkje pårørandes eigne ressursar, uavhengigheit og tru på seg sjølv (WHO, 1986). Som samarbeidspartnar i empowermentprosessen har sjukepleiar ein rettleiande rolle som skal bidra til å identifisere, fremje og styrkje pårørandes moglegheit til å møte eigne behov, løysa eigne problem og mobilisera nødvendige ressursar for å oppleve mest mogleg kontroll over eige liv og faktorar som påverkar helse (Gibson, 1991, s. 359). Tanken bak helsepedagogikk er å gje pårørande auka kunnskap om eiga helse og livssituasjon ved hjelp av pedagogiske prinsipp og hjelpemiddel (Tveiten, 2012, s. 181). Auka kompetanse på desse områda kan gjera det mogleg å endra tankar, haldningar og handlingar om forholdet til eiga helse (Tveiten, 2012, s. 182). På den måten kan ein få større

kontroll på dei faktorane som påverkar helse og meistring. Helsepedagogikk er såleis ein viktig del av helsefremjande arbeid (Tveiten, 2016, s. 12).

Helsefremjande arbeid er ein av sjukepleiarens sentrale funksjonar (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Helsebegrepet er imidlertid omdiskutert. Kva som definerer og påverkar helse kan verta forstått på fleire måtar; som fråver av sjukdom, som ressurs og som velvære (Larsen, 2012, s. 46). I samanheng med helsefremjande arbeid vert omgrepet i daglegtale definert som «fråver av sjukdom» eller som «oppleving av velvære og meistring» (Larsen, 2012, s. 50). I WHO's definisjon frå 1986, er ikkje helse eit mål for å leva, men ein ressurs for å meistre kvardagslivet (WHO, 1986).

Ei hensiktsmessig samhandling med pårørande avheng av tilstrekkeleg kompetanse hjå sjukepleiaren. Kompetanse er eit vidt begreip, men kan blant anna setjast i betydning med kunnskap, haldningar og ferdigheiter. Innan helsepedagogikk inneber det kunnskap i form av læring, motivering, kommunikasjon, undervising, rettleiing, meistring og helsefremjande arbeid. Korleis ein tar i bruk kunnskapen vert knytt til ferdigheitene, og haldningane kjem til syne gjennom motivasjon og innstilling (Illeris, 2009, sitert i Tveiten, 2016, s. 51). Dialog og relasjon mellom sjukepleiar og pårørande er sentral innanfor helsepedagogikk (Holman & Lorig, 1997, s. 1373).

2.3 Kommunikasjon i relasjonar

Omgrepet relasjon vert brukt om forhold, kontakt og forbindelse mellom menneske (Eide & Eide, 2007, s. 17). Ein relasjon mellom pårørande og sjukepleiar vil vere profesjonelt betinga (Renolen, 2015, s. 196) og prega av asymmetri. I kraft av sin profesjon har sjukepleiaren kunnskapar og ressursar som den andre parten treng (Jakobsen & Homelien, 2011, s. 78). At relasjonen er prega av tillit er difor ein føresetnad og kan skapast gjennom anerkjenning, nærvær og openheit (Eide & Eide, 2007, s. 13). Ein god relasjon mellom sjukepleiar og pårørande kan vera heilt avgjerande for behandlingresultatet. Dette gjeld særskilt i forandringsrettleiing. I den samanheng kjem omgrepet «ein berande relasjon» til sin rett; ein

berande relasjon inneber at hjelpa som vert gitt er eit middel for forandring, samstundes som at relasjonen i seg sjølv er ei hjelp (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 18-19). Dersom sjukepleiar er meir oppteken av eigne ferdigheiter i staden for å vektleggja relasjonen, kan rettleiinga fort verta ein teknikk og ikkje ein tillitsfull relasjon med bakgrunn i individets føresetnader (Tveiten, 2016 s. 193).

I mellommenneskelege samhandlingar er kommunikasjon ein nødvendig føresetnad og difor er omgrepet sentralt innan helsepedagogikk. Helsekommunikasjon er eit aspekt av helsepedagogikken som dreiar seg om innhaldet i relasjonen mellom sjukepleiar og pårørande på vegen mot pårørandekompetanse (Tveiten, 2016, s. 71-72). Kommunikasjon kjem frå latinsk «communicare» som omsett betyr; «å gjera noko felles», «delaktiggjera ein annan i», «ha forbindelse med» (Eide & Eide, 2007, s. 17). Vidare definerer Eide og Eide (2007) kommunikasjon som ei utveksling av meningsfulle teikn og signaler mellom to eller fleire partar, som kan vera av både verbal og nonverbal karakter (s. 17). Det nonverbale kan visa seg gjennom kroppsrørsle, toneleie og ansiktstrekk (Eide & Eide, 2007, s. 75). Det nonverbale språket viser seg å vere meir betydningsfullt enn det verbale, og det vert ofte formidla ubevisst eller utan meining. Korleis det nonverbale språket vert tolka gjev grunnlag for om relasjonen vert prega av nærleik eller avstand, tillit eller mistillit, samhandling eller konflikthar (Eide & Eide, 2007, s. 18).

I kommunikasjon mellom sjukepleiar og pårørande, brukar Eide og Eide (2007) omgrepet «hjelpande kommunikasjon». Med dette meiner dei at hjelpa ligg i kommunikasjonen, og den skal vera prega av anerkjening, aktiv lytting og openheit. I ein empowermentprosess er hjelpande kommunikasjon ein føresetnad for å få fram pårørandes perspektiv og situasjon, samt moglegheit til maktomfordeling (Eide & Eide, 2007, s. 20).

2.4 Salutogenese

Det finns fleire perspektiv på meistring (Renolen, 2015, s. 166). Aaron Antonovsky's teori fokuserer på individets helsefremjande ressursar. Gjennom eit salutogent perspektiv retta

han merksemda mot det som fører til god helse i staden for det som fører til uhelse. Han fokuserte på kva ressursar som bidreg til at nokre individ opprettheld og utviklar betre helse trass ulike belastningar. Han utfordra med dette patogenesen, der teoriar og forskning var prega av kva som fører til sjukdom (Tveiten, 2016, s. 17-18).

I motsetning til patogenesen, vil ein med salutogen tilnærming finna fleire grader, eit kontinuum, av helse; ein er ikkje anten sjuk eller frisk. Som figur 1 viser, beskreib Antonovsky helsekontinuumet som ei horisontal linje mellom subjektivt opplevd helse og subjektivt opplevd uhelse. Individet vil til ein kvar tid finnast ein stad mellom desse ytterpunkta. Korleis ein handterer stressorar avgjer om ein beveger seg mot ein patogen retning og bryt saman, eller om ein kjem styrkja ut og beveger seg i retning helse (Lindström & Eriksson, 2015, s. 18-19).



Figur 1. Antonovsky's helsekontinuum (Lindström & Eriksson, 2015, s. 19).

Det er to sentrale omgrep innan salutogen tilnærming; generelle motstandsressursar (GMR) og oppleving av samanheng (OAS). GMR er ifølgje Antonovsky (1987/2012, s. 16-17) ein føresetnad for utvikling av ein sterk OAS. Begrepet GMR omfattar materielle og ikkje-materielle ressursar hjå individet eller i omgivnaden, samt individets evne til å ta desse i bruk på ein måte som er helsefremjande. Dette kan vere pengar, sjølvkjensle, kunnskap, sosiale relasjonar og ekstensielle forhold. For å utvikle ein sterk OAS må minst fire GMR vere tilgjengeleg; meningsfylte aktivitetar, ekstensielle tankar, kontakt med indre kjensler og sosiale relasjonar (Antonovsky 1987, sitert i Lindström & Eriksson, 2015, s. 30). Eit individ

som har GMR og OAS som haldning, har eit betre grunnlag for å meistre (Antonovsky, 2005, sitert i Tveiten, 2016, s. 18). Antonovsky (2000) seier at OAS er ei grunnhaldning hjå individet som kjem til syne i møte med utfordringar ein møter igjennom livet. Etterkvart som ein stadig møter nye utfordringar vert grunnhaldninga omdanna og forsterka (Antonovsky, 2000, sitert i Jakobsen & Homelien, 2011, s. 103).

OAS består av tre dimensjonar; begripelegheit, handterbarheit og meningsfullheit. Individ med høg begripelegheit opplever stimuli som kognitivt forståeleg, samanhengande, strukturerte og klåre. Framtidige stimuli vil for desse individa vere føreseielege. Dersom stimuli derimot kjem overraskande, vil dei verta satt i samanheng og forklart. Stimuli som ikkje er kognitivt forståeleg, samanhengande, strukturerte og klåre vil verta opplevd som støy. Sterk grad av handterbarheit set Antonovsky i samanheng med evne til å meistre stimuli ved hjelp av tilgjengelege ressursar hjå seg sjølv og sitt sosiale nettverk. Individet er handlingsdyktig når livet går i motbakke, og det kan sjå på hendingar som ei utfordring i staden for ein trussel. Meningsfullheit er motivasjonskomponenten i OAS. Det omhandlar i kva grad individet opplever livet som forståeleg kjenslemessig, og ikkje berre i kognitiv forstand. Det inneber at individet finn innsatsen og engasjementet verdt, og at det gjer sitt beste for å koma seg gjennom utfordringar på ein tilfredsstillande måte (Antonovsky, 1987/2012, s. 39-41). Dimensjonane i OAS påverkar kvarandre, men den mest sentrale av dei er meningsfullheit, som er motivasjonskomponenten og drivkrafta i livet. Utan opplevinga av meningsfullheit vil det i lengda vere vanskeleg for individet å verta motivert til å setje i verk ressursar i seg sjølv og omgivnadane for å meistre best mogleg (Antonovsky, 1987/2012, s. 44).

3. Metode

3.1 Litteraturstudie

Eg vil belysa problemstillinga ved hjelp av litteraturstudie. Litteraturstudie er ein metode som vert basert på sekundærdata. Dette er data som allereie eksisterer og som ein kan finna i bøker, tidsskrifter og databasar (Thidemann, 2015, s. 77). For å få svar på det problemstillinga etterspør må ein ha ei systematisert tilnærming gjennom heile prosessen. Relevant litteratur som vert innhenta må ein gå igjennom med kritisk blick og vurdering før ein endar på ein konklusjon (Thidemann, 2015, s. 79). I dette litteraturstudiet vert problemstillinga belyst av pensum- og anna faglitteratur, forskingsartiklar, offentlege dokument, yrkesetiske retningslinjer, samt erfaringskunnskap.

3.2 Litteratursøk

Pensumlitteratur er funnen ved gjennomgang av studieprogrammets pensumlister. For å nemne nokon har eg blant anna nytta «Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis» av Gammersvik og Larsen, samt «Helsepedagogikk» av Tveiten. Gjennom søk i Oria med søkjarord «demens» og «pårørande» kom eg fram til noko tilleggslitteratur. Mesteparten av tilleggslitteraturen fant eg derimot i andre kjeldelister. Kan nemne «Helsens Mysterium» av Antonovsky, «Mellommenneskelig forhold i sykepleie» av Travelbee, «Pårørende til personer med demens – om å forstå, involvere og støtte» av Jakobsen og Homelien, samt «Haikerens guide til salutogenese. Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv» av Lindstöm og Eriksson. Offentlege dokument vart funnen etter søk på nettsida til Helsebiblioteket, eller i andre kjeldelister, med påfølgande manuelt søk i Google søkjemotor. Vil særskilt framheva «Pårørendeveilederen» som eit sentralt dokument.

For å finna forskning knytt til problemstillinga var det viktig med ein god søkjestrategi for å oppnå gode og relevante treff. Når problemstillinga var klar, vart søkjeorda strukturert med hjelp av verktøyet PICO. Kvar av bokstavane i PICO består av moment som er viktige å ha med i kliniske spørsmål. Det er derimot ikkje alle problemstillingar som består av alle fire momenta (Nortvedt et. al., 2007, s. 29-30; Thidemann, 2015, s. 86-87). Ved å følge PICO sin strategi, vart problemstillinga delt opp i tre element som søkjeorda vart definert opp mot. Eg

brukte nøkkelord som «pårørende», «demens», «omsorgsgjevar», «informasjon», «stress» og «meistring». For å finna synonym, samt omsetje ord til engelsk, søkte eg i emneordregisteret MeSH. Til nøkkelord som ikkje var medisinske brukte eg ei språk- og ordbokteneste på internett, Ordnett.no. Sjå vedlegg 1 for utfyllande PICO-skjema.

Sjølv om eg fann ein del forskning som omhandlar pårørende, hadde eg i starten vanskar med å kombinere søkjeord som gav meg relevante treff til problemstillinga. Eg søkte i databasar som CINAHL, PsykInfo, Medline (EBSCO), Academic Search Elite og Google Scholar.

Søklarprosessen starta med søk på enkle søkjeord. I nokre av søkjeorda er det brukt trunkering. Då vert det sett ei «*» bak stamma på søkjeordet. Dette gjer at ein får treff på alle endingane, både eintal og fleirtal. Ein får òg treff på andre ulike endingar (Helsebiblioteket, 2016). Dette førte til at eg ikkje nytta meg så mykje av trunkering, då eg fekk mange treff utanfor mitt område. Eg valde difor å søkje på orda med dei ulike endingane som eg var ute etter. Vidare kombinerte eg dei enkle søkjeorda med «OR» og «AND». Eg avgrensa søka til tidsrommet 2010-2020, aldersgruppa 65+ og 80+, samt engelsk språk.

Ved å søkje etter engelsk språkleg litteratur, samt bruke ulike synonym fekk eg etter kvart relevante treff i Medline (EBSCO) og Academic Search Elite. Treffa i Medline kom på ulike kombinasjonar av søkjeorda «spous*», «next of kin», «dementia», «caregiver», «stress», «burden» og «cope». Med ulike kombinasjonar av «spouse», «caregiver», «dementia», «cognitive failure», «community service», «home nurse» og «home care nurs*» vart det treff i Academic Search Elite. To artikkelar vart funne i kjeldelister, kor eg deretter gjorde eit manuelt søk på tittelen i Google Scholar. Sjå vedlegg 2 (s. 31-33) for detaljert søkjarhistorikk.

I fylgje Nordtvedt et al. (2007, s.69) og Thidemann (2015, s. 30-31) fylgjer dei fleste vitenskaplege artikkelar IMRaD-strukturen. Initialane står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon. I kvalitativ metode vert ofte resultat- og diskusjonsdelen slått saman, i tillegg til eit kort samandrag (abstrakt) i starten av artikkelen (Nortvedt et. al., 2007, s. 68). At artikkane var strukturert etter IMRAD gjorde det enklare å lesa raskt over innhaldet for å få tak i

essensen (Thidemann, 2015, s. 31). Eg starta med å velje artiklar med overskrifter som kunne relaterast til problemstillinga. For å få ei djupare forståing av innhaldet, las eg samandrag og konklusjon. Dei som framleis var relevante las eg i fulltekst. Eg stod att med fem artiklar. «A comparative qualitative analysis of stories of spousal caregivers of people with dementia: Negative, ambivalent, and positive experiences», er ein kvalitativ studie frå 2011. Her undersøker Shim et al. dei ulike erfaringar hjå personar som er omsorgsgjevar for ein demenssjuk ektefelle. Stensletten et al. (2016) sin kvantitative studie «Burden of care, social support, and sence of coherence in elderly caregivers living with individuals with symptoms of dementia», tar for seg forholdet mellom omsorgsbyrde og oppleving av samanheng, samt forholdet mellom omsorgsbyrde og sosial støtte. Lethin et al. (2016) undersøker pårørande sine erfaringar med helsetenesta gjennom dei ulike fasar av demensutviklinga i sin kvalitative studie «Family caregivers experiences of formal care when caring for persons with dementia through the process of the disease». «The coping experiences of spouses of persons with dementia» (Myhre et al., 2017) forskar på korleis pårørande erfarer kvardagen etter å ha delteke på ein opplæringsprogram 6-12 månader tidlegare. «Sence of coherence in persons with dementia and their next of kin» (Alm et al., 2015) er ein studie utført med kvalitativt og kvantitativt design. Dei studerar pårørande si oppleving av samanheng og kva dei meiner er medverkande faktorar for å oppleve ein kvardag begripeleg, handterbar og meningsfull. Utfyllande presentasjon av forskingsartiklar ligg som vedlegg 3-7, (s. 34-38).

3.3 Kjeldekritikk

I søkjeprosessen nytta eg Høgskulen på Vestlandet sine anbefalte, helsefaglege databasar. Dalland (2012, s. 73) skriv at det er tre område som hjelp oss på veg når ein skal vurdere ei kjelde; gyldigheit, haldbarheit og relevans. Forskingsartiklar har eg kritisk vurdert med hjelp av sjekklister som er tilpassa studiedesignet (Nortvedt et. al., 2007, s. 68).

Alle artiklane er funne i vitskapelege tidsskrifter. Dei artiklane som vert publisert der går igjennom streng kvalitetssikring, samt at dei vert fagfellevurdert (Dalland, 2012, s. 78). Eg vurderer dei såleis som sikre kjelder, då vitskapeleg litteratur ligg øvst i kjeldehierarkiet (Dalland, 2012, s. 71). Det kan derimot vere ein svakheit at to av artiklane har opphav i

studiar utanfor Noreg; ein studie kjem frå USA og to studiar kjem frå Sverige. Svekkelsen skuldast at dei kan ha eit anna helsesystem enn Noreg. Då det er vestlege land, har eg likevel vurdert dei til å kunne brukast i oppgåva.

Offentlege publikasjonar er styrande for utøving av sjukepleie og dei inkluderte vert vurdert til å vere relevant for problemstillinga. I kjeldehierarkiet ligg offentlege publikasjonar på tredjeplass (Dalland, 2012, s. 71). Pensum- og anna faglitteratur reknar eg som truverdige kjelder, då fag- og lærebøker ligg nest-øvt i kjeldehierarkiet (Dalland, 2012, s. 71).

Samstundes er pensumlitteratur godkjent av Høgskulen på Vestlandet. Eg har vurdert den faglege relevansen til forfattarane og nokre av forfattarane går att i fleire bøker. Eg har søkt etter nyaste utgåve, men grunna corona-situasjonen og redusert tilgang på bibliotek har eg likevel vorte nøydd å bruka nokre eldre utgåver. Der det vert referert til anna litteratur har eg søkt opp primærkjelda. Vil i den samanheng trekkje fram «Helsens Mysterium» av Antonovosky (1987/2012) og «Mellommenneskelige forhold i sykepleie» av Joyce Travelbee (2001). Når det ikkje har vore mogleg å henta fram primærkjelde kan det gjera oppgåva mindre påliteleg. Der eg har vurdert sekundærkjelda som truverdige, har eg likevel inkludert den i arbeidet.

4. Resultat/funn

I dette kapitlet vert det lagt fram ei oppsummering av funn i forskning. Det er særskilt tre kategoriar som utpeikar seg som faktorar som kan fremje meistring hjå pårørande. Desse vert presentert som «behov for informasjon, rettleiing og undervising», «behov for sosial støtte» og «behov for opplevinga av meining».

4.1 Behov for informasjon, rettleiing og undervising

«It's just after taking part in the support group that we really got an explanation and understood dementia» (Alm et al., 2015, s. 495). Det gjennomgåande funnet i forskingsartiklane er pårørandes behov for informasjon, rettleiing og undervising for å kunna utvikla meistringsstrategiar. Myhre et al. (2017, s. 501) seier det er viktig for pårørandes meistringsevne at sjukepleiar byggjer opp deira kompetanse. Kunnskap om demenssjukdom, symptom og utvikling, samt tilgjengelege minnehjelpemidlar og problemløysande strategiar vert spesielt framheva. I tillegg er det viktig å tilpassa informasjonen til den enkelte pårørande sine behov, utviklingsstadiet pasienten er på, samt tilgjengelege pleie- og omsorgstenester (Lethin et al., 2016, s. 531; Myhre et al., 2017, s. 498-499). Informasjon kan gjera pårørande førebudd og setja seg meir realistiske forventingar, samt vera meir forståande ovanfor partnaren (Shim et al., 2011, s. 228).

Å delta på opplæringsprogram med hensikt å utvikle meistringsstrategiar til bruk i kvardagen synast å ha god effekt. Pårørande vart bevisst på meistring av forandringar, stress og utfordringar som følgje av partnarens demensutvikling og kunne nytte dei same meistringsstrategiane 6-12 månader etter deltakinga (Myhre et al., 2017, s. 501). Som eit resultat av opplæringsprogrammet innførte pårørande daglege rutinar og oppgåver som var tilpassa den demenssjuke sine mentale og fysiske ressursar. Dette gav sikkerheit og føreseielegheit for dei begge to (Myhre et al., 2017, s. 498). I tillegg vart dei bevisst betydninga av å delta på aktivitetar dei finn glede i, både aleine og saman med den demenssjuke (Myhre et al., 2017, s. 498). Gjennom deltakinga fekk pårørande samstundes håp. Håp vart karakterisert ved å ha tillit til framtida, sjølv om det kan sjå ut til at ei god framtid ikkje var mogleg. Auka kunnskap har lært dei å vere meir bevisst på å leva i nuet og

vere takksam for dei tinga dei framleis kan gjere saman, eller kvar for seg (Myhre et al., 2017, s. 499).

4.2 Behov for sosial støtte

Pårørande som opplever sosial støtte i form av tilknytning, sosialt nettverk, omsorg og stadfesting av eigenverd opplever ei lågare omsorgsbyrde (Stensletten et al., 2016, s. 1428). I fleire av studiane kjem det fram at partnarens sjukdom har ført til at deira sosiale nettverk var redusert (Lethin et al., 2016, s. 530; Myhre et al., 2017, s. 499). Nokon opplevde stigmatisering av vener og familie (Myhre et al., 2017, s. 499). Dei som derimot hadde fått kunnskap om viktigheita med å vera open om sjukdommen fekk sjølvtilitt til å vera ærleg om deira situasjon, noko som forhindra stigmatisering og tok vare på relasjonar. Å delta på meiningsfulle aktivitetar, aleine eller saman med partnaren, skapte sosial kontakt og nye relasjonar, noko som fremja fornøyelse i kvardagen (Myhre et al., 2017, s. 499). Dette ser ein att i studiet til Alm et al. (2015, s. 494); støtte frå andre og normalisering av demenssjukdommen gjer kvardagen handterbar. Pårørande hadde glede av å koma seg ut av huset og dela bekymringar og erfaringar med andre i same situasjon (Alm et al., 2015, s. 494; Lethin et al., 2016, s. 530). «It feels good to talk to the others about our situation; it makes me feel safe (to have support)» (Alm et al., 2015, s. 494).

Lethin et al. (2016) seier at helsetenesta må vere førebyggjande og tilgjengeleg for støtte tidleg etter at diagnosen er stilt. Ved å tilretteleggje for ein prosess som fremjar pårørande si helse er viktig for å handtera kvardagen (Lethin et al., 2016, s. 531). For nokon medverka støtte til at dei fekk styrkje til å fortsetje; «Sometimes I feel like I just can't cope but I just take one day at a time» (Alm et al., 2015, s. 495). Her er det viktig å ta i bruk vurderingsverktøy som tidleg kan oppdaga truslar. Pårørande treng eit nært samarbeid med helsetenesta, og det må vere spesielt tilpassa individuelle behov (Lethin et al., 2016, s. 533). Jamleg samarbeid med fagpersonar er spesielt meiningsfullt, då deira kunnskap fremja tillit og betre sjølvkjensle. Fagpersonar som er imøtekomande og responderer på deira behov fremjar tryggleik (Lethin et al., 2016, s. 530; Myhre et al., 2017, s. 499). Helsetenesta kan opplevast som hjelpsam og informativ. Likevel viser det seg at pårørande kan oppleva det

motsette og at behova deira ikkje vert tatt på alvor. Stundom måtte pårørande sjølv finna informasjon om tenesta og kven dei skal kontakte. Andre måtte kjempe for helsetenester både for seg sjølv og den demenssjuke. Nokre hadde ikkje blitt ivaretatt når dei etterspurde bistand, hjelpemiddel eller avlasting. Dette førte til at dei kjende seg aleine og isolerte fordi dei ikkje fekk den støtta dei forventa av helsetenesta. Mangel på samarbeid og gjentatte avslag på førespurnad om utvida hjelp førte til at dei vart pressa til det ytste (Lethin et al., 2016, s. 529-530).

4.3 Behov for opplevinga av mening

Låg kjensle av tilknytning til den demensramma gjev utslag i høgare omsorgsbelastning (Stensletten et al., 2016, s. 1431). Kvaliteten på tidlegare og noverande forhold, grad av empati, medkjensle og meningskjensle gjev utslag i kor stor omsorgsbyrde pårørande erfarer. Tidlegare forhold prega av sorg og mistillit medverka til at pårørande ikkje greier å finna glede i omsorga. Symptombilete til den demenssjuke vart utelukkande relatert til personens tidlegare personlegdom, og ikkje som ein del av symptombilete. Pårørande hadde fokus på kor mykje dei sjølv vart negativt påverka av sjukdommen, og synte inga empati for den demenssjuke (Shim et al., 2011, s. 224-225). Nokre pårørande beskreiv eit godt tidlegare forhold, men opplevde det no konfliktfylt. Dei hadde ambivalente opplevingar, der dei vart tilfredse av å ta seg av partnaren sin, samstundes som at dei hadde blanda kjensler kring omsorgsrolla. Det var vanskeleg å godta forandringane, i tillegg var oppgåvene overveldande. Dei kjende seg makteslause i situasjonen og sleit med å finna mening (Shim et al., 2011, s. 225). Pårørande som rapporterte om eit godt tidlegare og noverande forhold, snakka om omsorgsarbeidet med positivisme. Dei var forståande, akseptierende og fann omsorgsarbeidet meningsfullt. Dei hadde sørga over at partnaren og relasjonen ikkje var det same, men fokuserte på det som var att i staden for det dei hadde mista (Shim et al., 2011, s. 226). Ein ektemann fortalde;

Well, I still got her to hug and kiss on, you know. I got a lot of friends who lost their wives to cancer and watched them suffer and die. You know, I'm very blessed that I have what I have. That's what I enjoy (Shim et al., 2011, s. 226).

Stensletten et al. (2011) seier at sjukepleiaren bør fremje relasjonen mellom pårørande og den demenssjuke, ved å ha fokus på dei begge, ikkje berre på pasienten. At dei vert sett på som ei eining kan bidra til å styrkje tilknytingskjensla (Stensletten et al., 2016, s. 1432). Det vil vere nyttig å innlemme empati-bygging i opplæringsprogram retta mot pårørande, og fremje fokuset på små kvardagsgleder og delane av forholdet som framleis er intakt (Shim et al., 2011, s. 228). Praksis må leggje til rette for å myndiggjere pårørande i samtalar for å få fram ressursane til den enkelte. Ved å støtte og oppmuntra til delaktigheit og engasjement, samt å leggje til rette for samarbeid og auka kunnskap, kan det vera medverkande til at pårørande får auka OAS (Stensletten et al., 2016, s. 1432).

5. Drøfting

I dette kapitlet vert det med utgangspunkt i resultatane, drøfta korleis sjukepleiar kan styrkje dimensjonane «begripelegheit», «handterbarheit» og «meningsfullheit» i pårørande sin OAS. Ved å styrkje desse områda vert meistring fremja. Eg grunnlegg til tåka med funn i forskning, teori og egne erfaringar.

5.1 Begripelegheit

Antonovsky (1987/2012) seier at individet må forstå utfordringar det vert utsett for slik at det kan danne eit bilete av situasjonen og kva det krev for å løysa problemet (s. 150). Kunnskap fører til forståing og bevisstheit rundt val ein tar. Det kan vidare føra til at utfordringar vert sett i samanheng og opplevd føreseieleg. Det er såleis aktuelt å tolka at informasjon, rettleiing og undervising oppfyller begripelegheits-dimensjonen i OAS, noko som kan relaterast til funn i forskning. Der kjem det fram at informasjon, rettleiing og undervising er grunnleggjande behov for å meistre den nye rolla som omsorgsperson (Alm et al., 2015, s. 495; Lethin et al., 2016, s. 529; Myhre et al., 2017, s. 498-499; Stensletten et al., 2016, s. 1432). Når ein trer inn i omsorgsrolla vert det sett nye krav til vante meistringsstrategiar. Å gå ifrå uavhengigheit til avhengigheit kan føre til at ein kjenner seg utilstrekkeleg (Bøckmann & Kjellebold, 2015, s. 47; Lethin et al., 2016, s. 529). Mangel på informasjon fører til at det vert vanskeleg å handtere dei ulike utfordringar demenssjukdom fører med seg, og det er vesentleg med informasjon frå helsetenesta tidleg etter at diagnosen er stilt og tida framover (Lethin et al., 2016, s. 531). Jakobsen og Homelien (2011) seier at det kan redusere stress og belastning, samt fremja meistring i seinare utvikling (s. 87). Eg har derimot erfara at heimetenesta ofte ikkje kjem inn i bilete før langt inn i demensdiagnosen. Dette kan skuldast at pårørande sjølv har ønskt å stå i omsorga, heilt til dei av ein eller anna grunn treng hjelp frå profesjonelle aktørar. I tillegg kan det vere vanskeleg å ha tid til å setje seg ned og ha ein god samtale med pårørande i ein travel arbeidskvardag. Me kjem i utgangspunktet inn i heimen deira for å hjelpe den demenssjuke, og tida til overs er difor knapp. Samstundes har eg opplevd stor nytte av dei små spontane augneblinka der det er høve for dialog. Ein klarar likevel ikkje å kartleggja pårørandes behov, eller gje dei tilstrekkeleg informasjon, rettleiing og undervising utan at det vert sett av tid til det.

Pårørandes rett til informasjon er i fyrste rekkje relatert til pasientens behov for helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-3). I tillegg til å vere omsorgsperson er pårørende ofte den demenssjukes talsperson. Pårøranderettleiaren fremjar at sjukepleiaren skal leggje til rette for at pårørende får sine rettskrav vareteke. Med bakgrunn i naudsynt informasjon får pårørende grunnlag til samtykke og medverknad i helsehjelpa, samt grunnlag til å kunna uttala seg på vegne av pasienten (Helsedirektoratet, 2019; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Sjukepleiaren har samstundes eit ansvar å involvere pårørende på bakgrunn av fag, etikk, politikk og dei faktiske forhold (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s. 44).

Nokre av sjukepleiaren sine funksjonar inneber å informere, rettleie og undervise pårørende (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s. 47-48). For å produsere gode, effektive og trygge tenester er god kompetanse på riktig nivå, riktig stad til riktig tid, naudsynt (Meld. Stat. 26 (2014-2015) s. 58). Det krev fagleg og personleg kompetanse knytt opp mot kunnskapar, haldningar og ferdigheiter i samhandling med pårørende. Sjukepleiar må ha kommunikasjonsferdigheiter som gjer grunnlag for relasjon, evne til å oppfatte kva dei treng å læra, evne til god dialog og evne til individualisert omsorg (Tveiten, 2016, s. 189-190). For å oppfylla begripegheits-dimensjonen er det òg vesentleg at sjukepleiaren er bevisst pårørandes evne til å oppfatte og forstå informasjon, og ut ifrå det formidla den på mest hensiktsmessige måte (Tveiten, 2016, s. 44). Travelbee (2001) seier at eit tillitsfullt forhold lagar rom for at pårørende kan fortelja kva dei treng (s. 141). Sjukepleiar bør frå starten skapa ein relasjon prega av gjensidigheit og tillit. Pårørende har ulike måtar å reagere på. Det er difor viktig at sjukepleiar har kunnskapar om at dei ulike reaksjonane er normale uttrykk, og anerkjenne at den enkelte gjer sitt beste ut ifrå sine føresetnader (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s. 69). Ved å opptre imøtekommande og tilgjengeleg kan pårørende verta trygg på at det ikkje vert opplevd som «mas» når dei søker informasjon (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s. 71). For at pårørende skal ivareta kontroll er det vesentleg at dei får hjelp ved behov og at dei veit kven dei skal kontakte (Jakobsen & Homelien, 2011, s. 135). Gjennom sjukdomsutviklinga vil det stadig dukke opp nye problemstillingar pårørende må ta stilling til. Behova vil vere ulike og vekslende. Det er difor viktig at med ei jamleg oppfølging

og samarbeid for at dei skal få riktig hjelp til riktig tid (Hotvedt, 2017, s. 438; Lethin et al., 2016; Myhre et al., 2017, s. 498-499). Lethin et al. (2016) poengterer at det er viktig at sjukepleiar tar i bruk ulike kartleggjingsvektøy for å tidleg oppdaga truslar mot pårørandes meistringsevne (s. 533). Belastningskartleggjingsskjema gjer oss ein indikator på kva stressorar som truar meistringsevna deira, men den verkelege kartleggjinga skjer i dialogen mellom sjukepleiar og pårørande (Jakobsen & Homelien, 2011, s. 92).

Som eit ledd i den politiske pårørandesatsinga er informasjonsstøtte framheva for å førebyggja uhelse og fremje trygghet hjå pårørande (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 61). Pårøranderettleiaren legg vekt på at sjukepleiar skal førebyggje helsesvikt gjennom bevisstgjerjing av moglege konsekvensar av omsorgsarbeidet, samt rådgje korleis den enkelte kan ivareta eiga helse og meistring ut ifrå sine behov (Helsedirektoratet, 2019). Hotvedt (2017) seier at informasjonens mål er å skapa ein betre kvardag gjennom og styrka og utvikla pårørandes ressursar slik at dei kan tilpassa seg den nye situasjonen, gjere endringar, samt møte kjenslemessige og praktiske utfordringar på best mogleg måte (s. 438). Dette finn me att i forskning, der pårørande endra rutinar og tok i bruk problemløysande tiltak som gav trygghet og føreseielegheit for dei sjølv og partnaren. Informasjon og rettleiing bidrog samstundes til at dei klarte å gle seg over det som framleis var att, og håp i form av tillit til ei framtid som samstundes ikkje såg lys ut (Myhre et al., 2017, s. 498-499). Shim et al. (2011) fortel at pårørande vart meir førebudd på kva dei hadde i vente, og på den måten kunne setja seg realistiske forventningar og vera meir forståande ovanfor partnaren (s. 228). Tillit, forståing og empati er viktige dimensjonar i omsorg. Å ha forståing for den demenssjuke er difor naudsynt (Jakobsen & Homelien, 2011, s. 18).

5.2 Handterbarheit

Sosial støtte kan føre til at pårørande opplever utfordringar som handterbare (Antonovsky, 1987/2012, s. 40) og vert rekna som ein av dei viktigaste motstandsressursane på vegen mot OAS (Antonovsky, 1987, sitert i Langeland, 2012, s. 200). Dette kan ein sjå att i forskning, der det kjem fram at sosial støtte bidreg til lågare omsorgsbelastning hjå pårørande (Lethin et al., 2016, s. 530; Stensletten et al., 2016, s. 1429). Sosial støtte kan vera av emosjonell,

informerande, bekreftande og praktisk karakter (Axelson, 2010, sitert i Hummelvoll, 2014, s. 389). Det er sentralt i meistring av livshendingar og kjem til syne gjennom opplevinga av at ein vert tatt vare på av vårt sosiale nettverk (Renolen, 2015, s. 175).

I kriser er det likevel mange som erfarer at det sosiale nettverket trekk seg vekk (Renolen, 2015, s. 175; Jakobsen & Homelien, 2011, s. 26). Dette vert bekrefta av Lethin et al. (2016, s. 530) og Myhre et al. (2017, s. 499); gjennom partnerens sjukdomsforløp hadde deira sosiale nettverk redusert. Årsaka til dette kan skuldast frykt og skam som følgje av mangel på forståing og innsikt. Det kan òg skuldast at pårørande ikkje ber om hjelp i frykt for å vera ei byrde (Jakobsen & Homelien, 2011, s. 115). Ein ser i forskning at openheit kring sjukdom og konsekvensar viser seg og vere ein faktor som tar vare på relasjonar (Alm et al., 2015, s. 494; Jakobsen & Homelien, 2011, s. 115; Myhre et al., 2017, s. 499). Sjukepleiar har eit ansvar å støtte og bevisstgjere pårørande om faktorane som kan hemma deira sosiale nettverk, så vel som faktorar som kan fremje det, noko som kan virke førebyggjande (Helsedirektoratet, 2019). Pårørande bør bli støtta i å ivareta nettverk gjennom sosial deltaking. Å delta på gledelege aktivitetar, aleine og saman med demenssjuke er noko som bidreg til overskot i kvardagen (Alm et al., 2015, s. 494; Jakobsen & Homelien, 2011, s. 115; Myhre et al., 2017, s. 498; Lethin et al., 2016, s. 530). Sjukepleiar bør kartleggja pårørandes sosiale nettverk, kva dei kan og ynskjer å bidra med (Helsedirektoratet, 2019). Involvering av omgivnadane må likevel skje på bakgrunn av pårørandes eige ynskje for at det ikkje skal virka mot si hensikt (Jakobsen & Homelien, 2011, s. 97). Samstundes kan det vere utfordrande for sjukepleiaren å involvere familien og det sosiale nettverket; ein beveger seg inn i ein privat sfære som pårørande sjølv pleier å ta hand om. Familieforhold kan vere prega av konflikhtar og manglande forståing. Likevel kan eit innleiande steg vera starten på dialog og samhandling (Jakobsen & Homelien, 2011, s. 114-115).

Som sjukepleiar vert ein òg definert som ei sosial støtte (Jakobsen & Homelien, 2011, s. 75). I fylgje Travelbee (2001) har sjukepleiaren som mål og hensikt å hjelpa pårørande til å førebyggja eller meistra sjukdom og liding, samt finna meining i erfaringane knyta til desse. Dette kan ein oppnå gjennom å etablere eit menneske-til-menneske-forhold. Menneske-til-

menneske-forholdet vert bygd på at ein eller fleire opplevingar og erfaringar vert delt mellom sjukepleiar og pårørande, og at desse er kjenneteikna med at pårørandes behov vert ivaretatt (Travelbee, 2001, s. 41). Pårørande treng at sjukepleiaren møter dei som unike individ for å verta kjend med kva områder dei treng hjelp med å ivareta (Lethin et al., 2016, s. 533). Samstundes kan pårørande oppleve at leverte helsetenester ikkje samsvarar med deira behov, noko som fører til at dei kjenner seg åleine, isolerte og pressa til det ytste (Lethin et al., 2016, s. 529). For å praktisera i tråd med innhald i pårøranderttleiaren, må sjukepleiar sørga for å støtte pårørande gjennom opplæring og rettleiing, samt anerkjenne og verdsetja deira kompetanse og innsats (Helsedirektoratet, 2015). Når støtta er mangelfull, strider det i mot dei politiske føringane. Det strider òg mot Travelbees sjukepleiarteori (Travelbee, 2001, s. 41) og profesjonens yrkesetiske retningslinjer der det står nedfelt at «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene» (Norsk sykepleierforbund, 2019). Det er vesentleg at sjukepleiaren respekterer pårørandes kjensleuttrykk og er interesserte, kunnskapsrike, tilgjengelege, trygge, nærverande og tolmodige (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s. 72). Kunnskapsrikt fagpersonell bidreg til meiningsfullheit då dei har evne til å fremje tillit og sjølvkjensle (Myhre et al., 2017). Samstundes vil imøtekomande og handlingsdyktig fagpersonell bidra til tryggleik (Lethin et al., 2016, s. 530).

Med bakgrunn i Antonovskys modell for helsekontinuumet, kan det tolkast som at sjukepleiar som har kunnskapar, haldningar og ferdigheiter vert opplevd som ei god støtte for pårørande som gjer at dei bevegar seg i retning helse på helsekontinuumet. Motsett vil fråver av sosial støtte hjå sjukepleiar føre til at pårørande meistrar utfordringar dårlegare (Antonovsky, 1979, sitert i Travelbee, 2001, s. 78), noko som vidare kan føre til at dei beveger seg i patogen retning (Lindström & Eriksson, 2015, s. 18). Ein kan her setje spørjeteikn ved om sjukepleiar opptrer fagleg forsvarleg i samsvar med helsepersonelloven § 4. Fagleg forsvarlegheit inneber kunnskapar og ferdigheiter som gjer at sjukepleiaren er i stand til og handla korrekt i ulike situasjonar. Det omhandlar kva grunnlag sjukepleien vert basert på og kva verdiar som kjem til syne gjennom måten sjukepleien vert utøvd på (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Låg bemanning, manglande kompetanse, samt svikt i rutinar og

retningslinjer har stor betydning for utøvinga av forsvarleg sjukepleie. Uforsvarlegheit kan knytast til den enkelte sjukepleiars ansvar jfr. Helsepersonelloven § 4, eller til ansvar på systemnivå jfr. helsepersonelloven § 16. (Norsk sykepleierforbund, u.å.).

5.3 Meiningsfullheit

Meiningsfullheit er motivasjonsfaktor i OAS og drivkrafta som «held hjula i gang» (Jakobsen & Homelien, 2011, s. 66). Pårørande med låg kjensle av meiningsfullheit kan ha vanskar med å oppretthalde motivasjon til å søkje begripelegheit, samt ta i bruk ressursar i seg sjølv og omgivnadane for å gjere utfordringar handterbare. Utan kjensle av meiningsfullheit vil det difor verte vanskeleg å meistre i lengda (Antonovsky, 1987/2012, s. 44). Antonovsky (2000) oppfordrar sjukepleiaren til å vera merksam på og fremje det som utviklar ein sterk OAS hjå pårørande (Antonovsky, 2000, sitert i Gammersvik, 2012, s. 103). Eg har tidlegare vist til at informasjon og sosial støtte kan gjera utfordringar begripelege og handterbare. Korleis kan sjukepleiaren hjelpe pårørande å finna meining? Trass sorg, tapsopplevingar og omsorgsbelastning klarar nokre pårørande likevel å finna meining i omsorgsarbeidet (Myhre et al., 2017, s. 500; Shim et al., 2011, s. 226). Forsking tyder på at den relasjonelle kvaliteten på forholdet før sjukdommen har betydning for grad av omsorgsbyrde (Shim et al., 2011, s. 228). Pårørande som har opplevd sterke kjenslemessige band med partnaren før sjukdomen, er ofte dei som opplever omsorga meiningsfullt. Dei viser empati og medkjensle og set partnarens behov føre sine egne (Shim et al., 2011, s. 226). Omsorga er gjerne motivert av eit ynskje om å gjera det beste for partnaren sin etter eit langt og godt samliv (Myhre et al., 2017, s. 500; Shim et al., 2011, s. 226). Andre som ikkje klarar å handtere endringane i forholdet eller hjå partnaren, eller ikkje har opplevd nære band, kan derimot yte omsorg med grunnlag i plikt-kjensle. Dei finn liten eller inga meining med omsorga (Shim et al., 2011, s. 224-225). Stensletten et al. (2016) seier sjukepleiaren bør gje tilpassa støtte som kan styrka pårørandes tilknytingskjensle til den demenssjuke, då grad av tilknytingskjensle påverkar omsorgsbyrda. For å styrkje bandet dei imellom er det viktig å sjå på dei to som ei eining (s. 1431-1432). Sjukepleiaren bør fremja pårørandes engasjement, deltaking og samarbeid for og styrka deira OAS (Stensletten et al., 2016, s. 1432).

I fylgje Antonovsky (1987/2012) er medverknad grunnlagskomponenten i dimensjonen meningsfullheit (Antonovsky, 1987/2012, s. 106). Med bakgrunn i rettsleg grunnlag skal sjukepleiaren invitere pårørande til medverknad ved gjennomføring av helse – og omsorgstenester i forbindelse med pasientens helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Pårøranderettleiaren framhevar at kvardagen til pårørande vert påverka når pasienten mottar tenester i deira felles heim. Det er difor vesentleg at sjukepleiar involverer dei i avgjerder for å førebyggje større belastning (Helsedirektoratet, 2019). Pårørande som kjenner seg mindre betydningsfull og anerkjent får lågare OAS og meistring (Stensletten et al., 2016, s. 1429). Det er viktig at omsorgsoppgåvene vert opplevd som positive, at ein sjølv er ansvarleg for utføring og at val ein tar påverkar utfallet av opplevinga. På den måten vil omsorga opplevast meningsfull. Motsett vil fråver av medverknad redusere pårørande til objekt utan moglegheit for innflytelse (Antonovsky, 1987/2012, s. 106).

I helsefremjande arbeid skal sjukepleiaren verdsetja pårørandes kompetanse (Antonovsky, 2000, sitert i Gammersvik, 2012, s. 108). Tveiten (2012) seier at medverknad er eit sentralt omgrep innan empowermentprosessen, og kjem til uttrykk gjennom å verta spurt, lytta til og tatt på alvor. Det er slik anerkjenning kjem til syne (s. 178). Sjukepleiaren skal ikkje verta fråteke sitt faglege ansvar, men dei beste avgjerdene skal utformast gjennom dialog og samspel mellom sjukepleiar og pårørande (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s. 25). Medverknad og anerkjenning i avgjerder inneber samhandling gjennom ei maktfordeling, der sjukepleiar og pårørande har makt på kvar sine områder (Tveiten, 2012, s. 178). Grad av involvering vil påverka den opplevde omsorgsbelastning (Bøckmann & Kjellevold, 2015, s. 20). Dersom ein ikkje vert anerkjent for den innsatsen ein legg ned, kan det tenkast at ein heller ikkje får kjensla av å vere ein likeverdig samarbeidspartnar.

Samhandling kan samstundes by på konfliktar mellom sjukepleiar og pårørande. Dei kan vera grunna i ulike forventingar til omsorgsarbeidet eller til sjølve samhandlinga. Konflikten kan verta synleg når partane ikkje klarar å tilpasse seg situasjonen (Jakobsen & Homelien, 2011, s. 83). Det er difor viktig å kommunisera gjennom konfliktar som oppstår slik at begge partar får fram meiningar og kunnskapar som kan virka oppklårande og kan brukast til vidare

samhandling. I studien til Lethin et al. (2016, s. 529) opplever ikkje pårørande å få nok støtte frå helsetenesta. Det er nærliggande å tenka at årsaker til dette kan skuldast dårleg kommunikasjon, manglande rolleoppklaring og for høge forventningar til helsetenesta. Det er vesentleg at samhandlinga tar utgangspunkt i kva pårørande kan bidra med og ynskjer å ta del i. Sjukepleiaren må vere tydeleg på kva dei kan vente av helsetenesta for å avklara rollar og ikkje skapa ei forventning ein ikkje klarar å innfri. I dette kjem ærlegdom fram, noko som igjen skapar tillit og følelsen av kontroll (Jakobsen & Homelien, 2011, s. 83-84). Pårørande er sårbare. Når det oppstår konflikter er sorg, sinne og skuldkjensle spesielt synleg, noko det er viktig at sjukepleiaren forstår. Sjukepleiaren må ha empati, kunnskap og evne til etisk refleksjon. Ein må kunne utføra systematiske vurderingar før, undervegs og i etterkant av situasjonen som oppstår (Jakobsen & Homelien, 2011, s. 171). Etisk refleksjon bør inkludera dei involverte partar for å få fram perspektivet til den enkelte. Dette kan førebygga konflikter, og bidra til nye syn og løysingar på framtidige dilemma (Helsedirektoratet, 2019).

6.0 Konklusjon

Framkomen kunnskap viser at pårørande har behov for informasjon, rettleiing og undervising, sosial støtte og ei meningsfull oppleving av omsorgsarbeidet for å styrkja dimensjonane «begripelegheit», «handterbarheit» og «meningsfullheit» og meistringsevne. Eg har drøfta korleis eg som sjukepleiar kan hjelpe pårørande til å styrka dimensjonane ved hjelp av salutogenese.

Pårørandes behov av ulik form for støtte avheng av deira plassering på helsekontinuumet. Likevel vil dei trengja gode støttespelarar gjennom ein progressiv og ofte langvarig sjukdomsprosess. Det er difor naudsynt å få greie på pårørande si oppleving av omsorga, deira individuelle behov og ynskjer, samt vere merksam på deira subjektive erfaringar om kva som fremjar meistring i deira liv. Pårørande må inkluderast ved utforming av tenester. Gjennom ein tillitsfull og likeverdig relasjon skal sjukepleiarens fagkompetanse og pårørandes kompetanse på seg sjølv, samhandla med kvarandre. Samhandlinga skal resultere i eit val pårørande sjølv har fått vere med å påverke. På den måten vert ressursane deira fremja til å styrkje deira «begripelegheit», «handterbarheit» og «meningsfullheit». Dette krev at sjukepleiaren har kompetanse, haldningar og ferdigheiter på dei aktuelle områda. Å halda seg fagleg oppdatert er eit individuelt ansvar, samstundes som at det er eit ansvar på systemnivå. Det krev kompetanse i leiinga for at det kan verta lagt til rette for fagleg riktige prioriteringar, opplæring og kompetanseheving hjå sjukepleiaren. Samstundes vil samhandling mellom sjukepleiar og pårørande krevje at ein har tilstrekkeleg tid. Tidsnaud er noko som pregar arbeidsdagen i heimetenesta. Det er difor naudsynt med prosedyrar og ein organiseringsstruktur som gjev sjukepleiaren rom til å utøva sjukepleie med ei salutogen tilnærming. Salutogent perspektiv må difor vera eit utgangspunkt i alle nivå. Korleis dette kan forbetrast trengs det meir kunnskapar om og gjev grunnlag for vidare forskning.

Kjeldeliste

- Alm, A. K., Hagglund, P., Norbergh, K.-G. & Hellzen, O. (2015). Sense of Coherence in Persons with Dementia and Their Next of Kin— A Mixed-Method Study. *Open Journal of Nursing*, 5, s. 490-499. https://www.scirp.org/html/10-1440467_56516.htm#t3
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen.* (A. Sjøbu, Overs.). Gyldendal Akademisk. (Opprinneleg utgitt 1987).
- Bruvik, F. K. (2017). Å være pårørende. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka – lærebok for helse- og omsorgspersonell* (2. utg., s. 173-197). Forlaget Aldring og Helse.
- Bøckmann, K. & Kjellevold, A. (2015). *Pårørende i helse- og omsorgstjenesten – en klinisk og juridisk innføring.* Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5.utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Drageset, S. (2014). Mestring. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 85-98). Cappelen Damm AS.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Fjørtoft, A.K. (2016). *Hjemmesykepleie* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2019, 10. desember). *Demens.* <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Gammersvik, Å. (2012). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie i teori og praksis* (s. 99-116). Fagbokforlaget.
- Gibson, C.H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x>

Helsebiblioteket. (2016, 6. juni). *Søketeknikker*.

<https://www.helsebiblioteket.no/249234.cms>

Helsedirektoratet. (2019, 28. januar). *Pårørendeveileder*.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015, 2. desember). *Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn*. Regjeringen.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117/>

Holman, H.R. & Lorig, K.R. (1997). Patient education; essentials to good health care for patients with chronic arthritis. *Arthritis Rheumatology*, 40(8), s. 1371-1373.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/art.1780400802>

Hotvedt, K. (2017). Informasjons- og støttetilbud til personer med demens og deres pårørende. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka – lærebok for helse- og omsorgspersonell* (2. utg., s. 13-39). Forlaget Aldring og Helse.

Jakobsen, R. & Homelien, S. (2011). *Pårørende til personer med demens – om å forstå, involvere og støtte*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Larsen, T. (2012). Helsebegrepet i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie i teori og praksis* (s. 45-55). Fagbokforlaget.

Lethin, C., Hallberg, I. R., Karlsson, S., & Janlöv, A.-C. (2016). Family caregivers experiences of formal care when caring for persons with dementia through the process of the disease. *Scandinavian Journal of Caring Studies*, 30, 526–534. doi:

[10.1111/scs.12275](https://doi.org/10.1111/scs.12275)

Lindström, B. & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese. Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Gyldendal Akademisk.

Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og kvalitet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>

Meld. St. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>

Myhre, J., Tonga, J. B., Ulstein, I. D. Høye, S. & Kvaal, K. (2018). The coping experiences of spouses of persons with dementia. *Journal of clinical nursing*, 7(3-4), e495-e502.

<https://doi.org/10.1111/jocn.14047>

Norsk Sykepleierforbund. (u.å.) *Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp*.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L.M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert. En arbeidsbok for sykepleiere*. Norsk Sykepleierforbund.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. (2. utg.). Fagbokforlaget.

Røkenes, O.H. & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. (3.utg.). Fagbokforlaget.

Shim, B., Barroso, J., Davis, L.L. (2011). A comparative qualitative analysis of stories of spousal caregivers of people with dementia: Negative, ambivalent, and positive experiences. *International Journal of Nursing Studies*, 49(2), 220-229.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.003>

Stensletten, K., Bruvik, F. Espehaug, B. & Drageset, J. (2014). Burden of care, social support, and sense of coherence in elderly caregivers living with individuals with symptoms of dementia. *Sage journals*, 15(6), 1422-1435. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/1471301214563319>

- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter - den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg). Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelig forhold i sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie i teori og praksis* (s. 173-191). Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk. Pasient- og pårørendeopplæring*. Fagbokforlaget.
- Ulstein, I.D. (2018). Pårørendes situasjon. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 332-347). Forlaget Aldring og helse.
- Vossius C., Selbæk G., Ydstebø, A. E., Benth, J. S., Godager, G., Lurås, H. & Bergh, S. (2015, November). *Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC)*. Alderspsykiatrisk forskingssenter, Sykehuset Innlandet. https://sykehuset-innlandet.no/Documents/REDIC_Rapport_Fullversjon.pdf
- World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>

Vedlegg 1 - PICO-skjema

	P	I	C	O
	Pasient/populasjon/ problem	Intervensjon		Utfall
Norske nøkkelord og synonym	Pårørende/partnar, omsorgsgjevar til heimebuande med demens	Informasjon, sosial støtte, oppleving av samanheng. Heimesjukepleie		Byrde Stress Meistring
Engelske nøkkelord og synonym	Spouse/spousal, next of kin, Caregiver/caregiving Dementia, cognitive failure Living at home, independent living	Information Social support Sence of coherence Community service, home nurse, home care nurse/nursing		Burden Stress Cope/coping

Vedlegg 2 – Søkjarhistorikk

Dato for søk	Database	Avgrensingar	Søkjeord	Tal treff	Tal leste abstrakt	Tal relevante treff	Artikkelnummer	Tittel
9/10-2020	Medline	Engelsk språkleg. Publiseringsår 2010-2020 Alder: 65+ Alder: 80+	S1. spous* OR next of kin S2. dementia S3. caregiver OR caregiving S4. stress OR burden OR cope OR coping S5. S1 AND S2 AND S3 AND S4	S1. 1.738 S2. 17.348 S3. 6.307 S4. 79.912 S5. 103	12	2	Nr. 52	A comparative qualitative analysis of stories of spousal caregivers of people with dementia: Negative, ambivalent, and positive experiences.
9/10-2020	Medline	Engelsk språkleg. Publiseringsår 2010-2020 Alder: 65+ Alder: 80+	S1. spous* OR next of kin S2. dementia S3. caregiver OR caregiving S4. 79.912	S1. 1.738 S2. 17.348 S3. 6.307 S4. 79.912	12	2	Nr. 53	The coping experiences of spouses of persons with dementia.

			S4. stress OR burden OR cope OR coping S5. S1 AND S2 AND S3 AND S4	S5. 103				
14/10-20	Google Scholar		Manuelt søk.					Burden of care, social support, and sense of coherence in elderly caregivers living with individuals with symptoms of dementia.
19/10-2020	Academic search elite	Engelsk språkleg. Publiseringsår 2010-2020	S1. spouse OR spousal AND caregiver OR caregiving S2. dementia OR cognitiv failure S3. community service OR home nurse OR	S1. 23.566 S2. 72.336 S3. 56.006	Nr. 8			Family caregivers' experiences of formal care when caring for persons with dementia through the process of the disease.

			home care nurs*	S4. 108				
			S4. S1 AND S2 AND S3					
5/11-2020	Google Scholar		Manuelt søk.					Sense of Coherence in Persons with Dementia and Their Next of Kin— A Mixed- Method Study.

Vedlegg 3

Tittel, forfattar, land, år	<p>«A comparative qualitative analysis of stories of spousal caregivers of people with dementia: Negative, ambivalent, and positive experiences.»</p> <p>Bomin Shim, Julie Barroso og Linda L. Davis USA, 2011</p>
Hensikt	<p>Hensikta med studiet var å søkje kunnskap om ulike erfaringar til pårørande omsorgsgjevarar for ein demenssjuk partner, samt kva eigenskapar dei har ut ifrå om dei erfarer negative eller positive opplevingar.</p>
Metode	<p>Sekundære kvalitative-analysar av intervju som vart utført under «Project ASSIST» (Assist, Support and Self-health Initiated through Skill training). «Project ASSIST» var eit opplæring- og ferdigheitsprogram retta mot omsorgsgjevarar til personar med Alzheimer`s og Parkinson. Intervjua vart utført ved baseline, etter 6 og 12 månader.</p> <p>Totalt 57 intervju av 21 omsorgsgjevarar til ein demenssjuk partner vart inkludert i dette studiet. Alder 47-91 år.</p>
Resultat/konklusjon	<p>Det vart identifisert tre ulike grupper; ei negativ, ei ambivalent og ei positiv gruppe. Den negative gruppa omtala omsorgserfaringane negativt, og såg ingen positive sider av den. Den ambivalente gruppa omtala omsorgsarbeidet mest negativt og minimalt positivt, medan den positive gruppa opplevde minimalt med negative erfaringar, mest positive.</p> <p>Kvaliteten på tidlegare og noverande forhold til omsorgsmottakaren gjorde utslag i kor stor omsorgsbyrde pårørande opplevde. I tillegg viste undersøkinga at grad av empati og medkjensle, samt kjensle av meinig i arbeidet bidrog til positive eller negative opplevingar.</p> <p>Det vil vere nyttig å innlemme empati-bygging i opplæringsintervensjonar retta mot pårørande, samt fremje fokus på små kvardagsgleder og delane av forholdet som framleis er intakt. Det kjem fram at informasjon om demensprogresjon kan vera nyttig i form av at omsorgspersonen kan setja seg realistiske forventingar og vera meir forståande ovanfor partnaren.</p>

Vedlegg 4

Tittel, forfattar, land, år	<p>«Sense of Coherence in Persons with Dementia and Their Next of Kin— A Mixed-Method Study.»</p> <p>Annika Kjallman Alm, Per Hagglund, Karl-Gustaf Norbergh og Ove Hellzen Sverige, 2015</p>
Hensikt	<p>Hensikta var å undersøkje korleis deltakarar i støttegrupper scorar på «Opplevinga av samanheng»-skalaen, og kva dei oppfattar som medverkande faktorar som bidreg til ein meningsfull, handterbar og forståeleg kvardag.</p>
Metode	<p>Kvantitativt og kvalitativ metode. Intervju og spørjeskjema.</p> <p>Deltakarar i den kvalitative studien bestod av 4 demenssjuke, 4 partnarar og 9 vaksne born av demenssjuke. Deltakarar i den kvantitative studien bestod av 6 demenssjuke, 10 partnarar og 12 vaksne born. Alder 32-78 år.</p>
Resultat/konklusjon	<p>Partnarar hadde lågast score på OAS-skalaen. Sosial støtte fremja meningsfullheit og hanterbarheit. Informasjon eller verktøy som kan bidra til kunnskap vart framheva som vesentleg for å forstå korleis ein kan ivareta ein demenssjuk.</p> <p>Det er behov for informasjon og sosial støtte for å fremja pårørandes OAS. Helsetenester bør styrkja eit salutogent perspektiv og OAS hjå omsorgspersonar.</p>

Vedlegg 5

Forfatter, tittel, land, år	<p>«<i>Family caregivers experiences of formal care when caring for persons with dementia through the process of the disease.</i>»</p> <p>Connie Lethin, Ingalill Rahm Hallberg, Staffan Karlsson og Ann-Christin Janlöv. Sverige, 2016</p>
Hensikt	Hensikta var å undersøkje kva opplevingar uformelle omsorgspersonar har med formell omsorg gjennom dei ulike stadium av demenssjukdom.
Metode	Kvalitativ metode. Fokusgruppeintervju av 23 deltakarar beståande av partnerar og vaksne born av demenssjuk. Alder 45-88 år.
Resultat/konklusjon	Pårørnde opplev særskilt tre vendepunkt i løpet av sjukdomsutviklinga; tida etter demensdiagnosen, når det vert behov for auka hjelp frå helsetenesta, og etter pasienten er flytta på sjukeheim. Pårørnde har behov for samhandling med helsetenesta for å få støtte tilpassa deira behov og demensutvikling. Helsetenesta kan opplevast støttande, men likevel kan den òg vere det motsette. Det er naudsynt å vere tidleg ute med støtte etter demensdiagnose og tilby tilgjengelege tenester med fokus på påørndes helse og velvære.

Vedlegg 6

Forfattar, tittel, land, år	<p><i>«Burden of care, social support and sense of coherence in elderly caregivers living with individuals with symptoms of dementia.»</i></p> <p>Kari Stensletten, Frøydis Bruvik, Birgite Espehaug og Jorunn Drageset, 2016</p>
Hensikt	Hensikta var å undersøkje forholdet mellom sosial støtte, opplevinga av samanheng og omsorgsbyrde for omsorgsgjevarar for ein partner med demens.
Metode	<p>Kvantitativ metode.</p> <p>Spørjeskjema – «Relative Stress Scale», «Social Provision Scale», «The Sense of Coherence Scale»</p> <p>97 deltakarar – Alder 65-95 år.</p>
Resultat/konklusjon	<p>Omsorgsgjevarar med lågare SOC og tilknytingskjensle opplever ei høgare omsorgsbyrde. Dette synleggjer kven som er mest sårbar i forhold til konsekvensar av omsorgsrolla.</p> <p>Framkomen kunnskap gjer det mogleg å fanga opp pårørande som er i risiko på eit tidleg tidspunkt, og hjelpa dei med å redusera byrda gjennom å setja inn tiltak for å fremja tilknytingskjensla og opplevinga av samanheng.</p>

Vedlegg 7

Forfatter, tittel, land, år	<p>«<i>The coping experiences of spouses of persons with dementia.</i>»</p> <p>Janne Myhre, Johanne Bjørnstad Tonga, Ingun Dina Ulstein, Selvald Høye og Kari Kvaal Norge, 2017</p>
Hensikt	Hensikta var å undersøkje korleis omsorgspersonar til ektefelle med demens erfarer kvardagen 6-12 månader etter deltaking i eit intervensjonsprogram. Programmet hadde fokus på å rettleie pasient og pårørande til å utvikle meistingsstrategier.
Metode	Kvalitativ metode, semi-strukturerte djupneintervju av 6 partnarar som var omsorgsgjevarar av personar med demens. Alder 55 - >75 år.
Resultat/konklusjon	<p>Hovudfunnet «An everyday search for meaning» vert relatert til stress relatert til omsorga og deira meistingsstrategiar i kvardagen.</p> <p>Resultata syner at intervensjonsprogrammet gjorde at omsorgspersonar vart bevisst eiga meistring og kunne bruke dei same meistingsstrategiane 6-12 månader etter deltakinga.</p> <p>Rettleiing og opplæring om demens og problemløysande strategiar er viktige aspekt for meistring.</p>



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	07-12-2020 09:00	Termin:	2020 HØST
Sluttdato:	07-12-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 SK152 1 O 2020 HØST		
Intern sensor:	Aud Berit Fossøy		

Deltaker

Kandidatnr.:	160
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7968
----------------------	------

Kan eksamensbesvarelsen gjøres til gjenstand for utlån?:

Ja

Egenerklæring *:

Ja

Jeg bekrefter innlevering til biblioteket *:

Ja

Sett hake dersom besvarelsen kan brukes som eksempel i undervisning?:

Ja

Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?:

Nei

Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Ja

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei