



# BACHELOROPPGÅVE

Korleis ta vare på «sjukdomen sine skjulte offer»? - pårørande til heimebuande demente

How to care for the «disease's hidden victims»? - next of kin to demented people living at home

## Kandidatnummer 338

Bachelor i sjukepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 12.12.2022

## **Samandrag**

**Tittel:** Korleis ta vare på «sjukdomen sine skjulte offer»? -pårørande til heimebuande demente

**Bakgrunn for val av tema:** Betra levekår i dei aller fleste land fører til at vi står i møte med ei eldrebølgje. Resultatet av eldrebølgja i Noreg er at talet på personar med demens forventast til over det dobbelte innan 2050. For helsevesenet vil dette gjere at sjukepleiarar må samarbeide tettare med pårørande på grunn av rolla dei får som omsorgsressurs for personane med demens i heimane.

**Problemstilling:** Korleis skape kjensle av tryggleik for pårørande til heimebuande demente eldre?

**Metode:** Litteraturstudie er valt som metode i oppgåva. Metoden er basert på eksisterande kunnskap i sjølvvalt litteratur, forskning og pensum, i tillegg til egne erfaringar frå praksis.

**Resultat:** Forsking og litteratur som er brukt i oppgåva viser at pårørande til heimebuande demente eldre har eit behov for trygghet. Blant anna trengs det informasjon og støtte frå sjukepleiar. Tillitsbasert relasjon til sjukepleiar er viktig for gode samtalar, og for å bidra til meistring. I tillegg kjem det fram at pårørande er tilbakehaldne med å ta kontakt, samt at dei har behov for proaktive sjukepleiarar, gjerne kontaktpersonar, som tek initiativ.

**Konklusjon:** Sjukepleiarar bør danne god samhandling med pårørande frå starten i den formelle omsorga. Relasjonsetablering og skaffe pårørande ein kontaktperson er vesentleg for kjensla av tryggleik. Å bidra i meistringsprosessen hjå pårørande er i tillegg med å auke opplevinga av tryggleik.

**Nøkkelord:** Pårørande – Heimetenesta – Tryggleik – Relasjon – Meistring

## **ABSTRACT**

**Title:** How to care for the «disease's hidden victims»? - next of kin to demented people living at home

**Background:** Improved living conditions in the vast majority of countries mean that we are facing a wave of elderly people, and the number of people with dementia is expected to more than double by 2050. The meaning for the health care services is that nurses must work more closely with relatives because of the role they'll get as care resources for people with dementia living at home.

**Research question:** How to create a sense of security for next of kin to demented elderly living at home?

**Method:** Literature study has been chosen as the method in the assignment. The method is based on existing knowledge in self-selected literature, research and syllabus, in addition to own experiences from practice.

**Results:** Research and literature used in the assignment show that relatives of demented have a need for security. Information and support from nurses is needed. Trust-based relationships are important for good conversations, and to contribute to mastery. It appears that relatives are reluctant to make contact, and they need proactive nurses, preferably contact persons, who take the initiative.

**Conclusion:** Nurses should form good interactions with relatives from the start of formal care. Establishing relationships and providing relatives with a contact person is essential for the feeling of security. Contributing to the coping process with relatives also increases the experience of security.

**Keywords:** Next of kin – Homecare – Sense of security – Relation – Coping

# Innholdsliste

<b>1. INNLEIING .....</b>	<b>1</b>
1.1 PROBLEMSTILLING MED AVGRENSNING.....	2
1.2 DEFINISJON AV SENTRALE BEGREP.....	2
<b>2. TEORETISK GRUNNLAG .....</b>	<b>3</b>
2.1 KVA ER DEMENS? .....	3
2.2 Å VERE PÅRØRANDE TIL EIN DEMENT .....	4
2.2.1 Pårørende sine behov og funksjonar .....	4
2.2.2 Pårørende som ressurs.....	5
2.2.3 Rollekonflikt.....	6
2.2.4 Uformell omsorg .....	6
2.3 TRYGGLEIK .....	7
2.4 SJUKEPLEIAR SIN FUNKSJON .....	7
2.4.1 Kontaktperson.....	7
2.4.2 Kommunikasjon og relasjon.....	8
2.4.3 Meistring .....	8
2.5 LAZARUS OG FOLKMANN'S STRESSMEISTRINGSMODELL .....	9
<b>3. METODE .....</b>	<b>9</b>
3.1 FRAMGANGSMÅTE VED LITTERATURSTUDIE .....	9
3.2 SØKE- OG UTVALSPROSESS .....	10
3.2.1 Søkord og databasar.....	10
3.2.2 Inklusjons-/ og eksklusjonskriterium.....	11
3.2.3 Søk etter forskningsartiklar.....	11
3.4 KJELDEKRITIKK .....	13
3.5 ETIKK I FORSKING .....	14
<b>4. RESULTAT OG FUNN.....</b>	<b>14</b>
4.1 FORSKINGSARTIKKEL 1.....	14
4.2 FORSKINGSARTIKKEL 2.....	15
4.3 FORSKINGSARTIKKEL 3.....	16
4.4 FORSKINGSARTIKKEL 4.....	16
4.5 FORSKINGSARTIKKEL 5.....	17
4.6 OPPSUMMERING AV FUNN.....	17
<b>5. DRØFTING .....</b>	<b>18</b>

5.1 KJENSLENE OG BEHOVET FOR INFORMASJON HOS PÅRØRANDE .....	18
5.1.1 Eldre ektemake som pårørende .....	19
5.2 EI PROAKTIV OG RESPEKTFULL TILNÆRMING .....	20
5.3 RELASJON ETABLERT PÅ TILLIT .....	21
5.4 KONTAKTPERSON .....	23
<b>6. KONKLUSJON.....</b>	<b>23</b>
<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>24</b>
<b>VEDLEGG.....</b>	<b>1</b>
VEDLEGG 1: PICO-SKJEMA.....	1
<b>VEDLEGG 2: OVERSIKT OVER SØK AV FORSKING .....</b>	<b>1</b>
VEDLEGG 3: FULLSTENDIG OVERSIKT OVER VALDE ARTIKLAR .....	1

# 1. Innleiing

Verda over er det omtrent 55 millionar mennesker som lever med demens. Betre levekår i dei fleste land medfører lenger levetid, samt auka tal på personar med demens. Eldrebølgja resulterer i at talet på personar med demens er forventa opp mot 78 millionar i 2030 (World Health Organization, 2022). I Noreg var det ca. 101 000 med demens i 2020, og er forventa til over det dobbelte innan 2050 (Strand et al., 2021). Eldrebølgja vil merkast i kommunane i forhold til mangel på sjukeheimplassar, fagleg kompetanse, og ikkje minst vil det påverke samspelet mellom helsepersonell og pårørande. Dette grunna den større rolla pårørande vil ha som omsorgsressurs til personar med demens (Helsedirektoratet, 2022).

Av dei eldre over 70 år som får hjelp av heimetenesta, har 40% demens (Helsedirektoratet, 2022). Å få demens fører til forverring med tida, og omsorgsnivået vil gradvis auke når symptoma utviklar seg. Det vil påverke pårørande like mykje som den demente, om ikkje enda meir (Fjørtoft, 2016, s.110). Ein pårørande vil kunne hjelpe til, ta vare på dei grunnleggjande behova, samt bidra med gjeremål som blir utfordrande for den demente (Grov, 2015, s. 60). Pårørande kan også fungere som ein ressurs for helsetenesta dersom dei vert anerkjent, får støtte og avlastning (Heyn, 2015, s. 383).

Pårørande er i ein krevjande livssituasjon over lengre tid når ektemaken får demens (Heyn, 2015, s. 383). I praksis har eg møtt fleire ektemakar som kjenner seg utslitne, fordi dei må vere heime med den demente heile dagen. Det var spesielt eitt tilfelle eg opplevde som eg har reflektert over i etterkant. Kona var nær til å sende sin kjære på sjukeheim. Ho orka ikkje meir på grunnlag av det ektemannen kravde, i tillegg til for dårleg oppfølging og støtte av heimetenesta. Ho følte seg ikkje lenger trygg på å vere heime med ektemannen, men hadde heller ikkje samvit til å søke han til høgare omsorgsnivå.

Oppgåva si hensikt vil vere å setje lys på ektemake som pårørande i ein utrygg

heimesituasjon. Tryggleik er i seg sjølv ein verdi som spesifiserast forskjellige frå person til person (Fjørtoft, 2016, s. 122). Det elementære vil vere tryggleik, samt korleis ein kan skape kjensle av tryggleik gjennom kommunikasjon, relasjon og meistring for pårørande når dei er heime med ein dement person.

### 1.1 Problemstilling med avgrensning

Korleis skape kjensle av tryggleik for pårørande til heimebuande demente eldre?

For at oppgåva ikkje skal bli for omfattande, har eg valt å fokusere på pårørande. Pårørande er ektemake med alder over 65 år til ein dement person. Det vil kun bli beskrive fakta om demens, opplevingane til demente personar vil ikkje bli inkludert. Den demente har fått konstatert demens, og er i eit moderat forløp. Den demente bur heime med hjelp frå ektemakar som omsorgsgjevar. Dermed er ikkje demente på institusjon inkludert i denne oppgåva. Oppgåva konsentrerar seg om sjukepleiar sin funksjon i å skape kjensle av tryggleik for pårørande i heimen.

### 1.2 Definisjon av sentrale begrep

*Pårørande* blir definert i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 1-3) som «...den pasienten eller brukeren oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. ...»

*Tryggleik* kan brukast på to måtar: om sikkerheit og om sinnstemning (Fjørtoft, 2016, s. 122).

*Kommunikasjon* stammar frå ordet «communicare» på latinsk, og har «å gjøre felles» som tyding (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 215).

*Meistring* er eit begrep som omhandler evna ein person har til å handtere ei utfordring (Renolen, 2015, s. 166).

## 2. Teoretisk grunnlag

For å skape ei forståing av problemstillinga blir det presentert litteratur om kva demens er, det å vere pårørande til ein dement, teori om tryggleik, samt sjukepleiar sin funksjon.

### 2.1 Kva er demens?

Demens er ein fellesnemnar for fleire sjukdommar som rammar den kognitive hjernefunksjonen (Bertelsen, 2016, s. 334). Det er auka risiko for å få demens når ein blir eldre. Desse sjukdomane er kronisk forverrande. Personen med demens vil til slutt få så dårleg funksjonsnivå at vedkomande blir avhengig av hjelp (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 411-412). Sjukdomane er forskjellige ut frå kva del av hjernen som blir ramma, det same gjeld symptoma. Det som viser seg først er dei kognitive endringane og den forverrande hukommelsen. Symptoma kan i tillegg vere både psykiske, fysiske, atferdsmessige og motoriske. Korleis symptoma utviklar seg er varierende. Dette har samanheng med ulike faktorar som miljøet, dei sosiale ressursane og meistringsevna til kvar enkelt person (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 416).

Det finnst fleire typar av demens som delast inn i ulike hovudgrupper. Første gruppa er primærdegenerative sjukdomar der hjerneceller blir skada, og døyr i eit unormalt stort omfang. Denne gruppa inneheld Alzheimers sjukdom, frontotemporal demens, lewylegemedemens og Parkinsons sjukdom med demens. Den andre gruppa er vaskulær demens der årsaka er sjukdom i hjernevevet, hjerneinfarkt som anten er store, eller fleire små. Siste gruppa inneheld sekundære demenssjukdomar som kjem av andre sjukdomar, skadar eller tilstandar (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 412-414).

Det finnst ingen testar som direkte påvisar demens. Istaden blir ulike skjema og screening testar brukt for å kartleggje kognitive funksjonar, inklusivt korleis personen fungerer i dagleglivet. Ein treng ofte påfyll av informasjon frå pårørande for å få gode nok opplysningar



om personen si fortid (Juklestad & Aarre, 2018, s. 247).

Demens er den mest vanlege grunnen til at mennesker må flytte ut av heimen sin til sjukeheim. Dei motoriske og fysiske funksjonane som blir svekka kan føre til at personen med demens treng hjelp til personlege oppgåver som eksempelvis intimstell på grunn av inkontinensutvikling (Fjørtoft, 2016, s. 70-72). Andre ulike kvardagsutfordringar kan vere bruk av ulike apparat i hushaldninga, fare for fall eller vandring (Fjørtoft, 2016, s. 74). Det å forhalde seg til ein person som gradvis endrar personlegdom, åtferd og mistar funksjon i kvardagen er ikkje lett. Dette skapar utfordringar i heimen, og hjelp frå andre blir nødvendig (Fjørtoft, 2016, s. 71-72). For ein person som er ramma av demens, er det viktig med pårørande rundt seg som vil ein godt, og som vil vere der når det er behov for det (Fjørtoft, 2016, s. 101-102).

## 2.2 Å vere pårørande til ein dement

Som pårørande til ein dement, vil ein nesten bli like ramma som den demente sjølv (Fjørtoft, 2016, s. 110). Livssituasjonen påverkast i form at av demenssjukdomen blir styrande for kvardagen (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 432). Det gjeld spesielt ektemake som pårørande. Denne pårørandegruppa blir mest påverka når pasienten mistar funksjon og blir sjuk. I tillegg er det ektemakar som held personar med demens heime over lengst tid. Dette er på grunn av det naturlege ansvaret som fell på ektemaken (Fjørtoft, 2016, s. 105). Pårørande sine utfordringar og problem i kvardagen som ektemakar til ein dement, er vesentleg i forståinga av kvifor tryggleik er viktig.

### 2.2.1 Pårørande sine behov og funksjonar

Pårørande er betydelege for ein person med demens, men samtidig har dei egne behov. I ein krevjande situasjon er det viktig at sjukepleiar ser og tek vare på pårørande like mykje som den demente (Fjørtoft, 2016, s. 102). Ein pårørande kan ha ulike oppgåver og ansvar i heimen for å hjelpe den demente. Dette inneber ei omsorgsrolle som kan ha både positive

og negative sider. For mange er det meningsfullt å gje omsorg til sine nærmaste, samt at det kan styrke forholdet ein har til den som får omsorg. I tillegg kan det opplevast som meningsfullt, og gje ei kjensle av meistring. Likevel er det andre negative kjensler og utfordringar som kan dukke opp. Det er vanleg å kjenne seg stressa, isolert og deprimert på grunn av omsorgsbelastning og utmatting (Helsedirektoratet, 2017).

Det er naturleg at eldre mennesker er i ei livsfase som sannsynlegvis byr på egne helseproblem. Omsorgsarbeidet utført av ein eldre person vil automatisk bli tyngre enn for ein yngre omsorgsytar. Det vil vere logisk ut frå det gamle tradisjonelle at ektemakar tek på seg ansvar for den andre. Dette handlar om forventingar i det sosiale- og kulturelle samfunnet om at ektepar skal gje omsorg for kvarandre (Kirkevold, 2014, s. 146). Bandet mellom omsorgsytar og den som mottok omsorg vil også spele ei rolle for kor tung omsorgsbelastninga blir. Dersom dei har eit godt band frå før vil ikkje oppgåvene bli like belastande som dersom forholdet er dårleg (Romøren, 2014, s. 78).

### *2.2.2 Pårørande som ressurs*

For helsetenesta er pårørande ein samarbeidspartnar. Ved å ta vare på pårørande kan det vere førebyggjande, samt motiverande for dei å vere ein ressurs for både pasienten og helsetenesta over lengre tid (Fjørtoft, 2016, s. 102). Pårørande kjenner den demente betre enn helsevesenet i forhold til livshistorie, funksjonsnivået i dagleglivet, og dei ulike ressursane rundt pasienten. Difor vil dei kunne bidra med tilleggsinformasjon som kan vere med å på betre den individuelle helsehjelpa som blir gitt (Fjørtoft, 2016, s. 103). Pårørande har i tillegg eit stort behov for rådgjevnad, planlegging, sosiale tiltak og støtte frå helsetenesta. Då er det viktig at sjukepleiarar har tett kontakt med pårørande på grunn av at dei lett kan bli utslitne, motivasjonslause og frustrert av å ikkje få dekkja dette behovet (Juklestad & Aarre, 2018, s. 247).

I følgje den nasjonale faglege retningslinja om demens skal pårørande til demente få

informasjon som er tilrettelagd, oppfølging og avlastning ved behov (Helsedirektoratet, 2022). Dette vil resultere i at pårørende kan ta vare på seg sjølv, og vere ein ressurs. I fleire delar av lovverket er dette stadfesta. Helsepersonell skal gje informasjon til den som har krav på det (Helsepersonellova, 1999, § 10). Dei som har krav på informasjon er pårørende, dersom den demente samtykker, eller andre forhold tilseier det (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-3). I helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 3-6) står det at personar med tungt omsorgsarbeid skal få tilbod frå kommunen om nødvendig pårørandestøtte.

### *2.2.3 Rollekonflikt*

I ein heimesituasjon der den eine parten gradvis får dårlegare helse, vil det påverke rollene til den «friske». Demens har som beskrive eit progredierande forløp. Det betyr at pårørende etterkvart må ta over enkelte gjeremål som ikkje lenger er mogleg for den demente. Då vil ektemakar i slike situasjonar få roller som både ektemake og omsorgsgjevar (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 433). Dette kan skape ei rollekonflikt som inneber at forventningane knytt til kvar rolle ikkje går saman (Renolen, 2015, s. 247).

### *2.2.4 Uformell omsorg*

Ein pårørende vil vere ein sentral omsorgsressurs for samfunnet ved å gje uformell omsorg i heimen (Helsedirektoratet, 2017). Uformell omsorg vil seie at pasienten får omsorg av ein i nær relasjon, og grunnlaget for motivasjonen er emosjonell innsatsvilje. Omsorga som pårørende gjev den demente skal som utgangspunkt vere i tillegg til den formelle hjelpa (Fjørtoft, 2016, s. 104-105). Oppgåvene som pårørende til ein dement har, blir fleire over tid. Etter kvart som den demente mistar funksjon, må pårørende ta over og hjelpe til. Når den demente ikkje lenger klarar å ta vare på seg sjølv og sine daglege oppgåver, for eksempel legemiddelhandtering, er det vanleg at oppgåvene overførast til pårørende. For pårørende som overtek, er oppgåvene stort sett ukjende. Då er det viktig at den formelle omsorga gjev opplæring i dei aktuelle oppgåvene (Gro, 2015, s. 60-61).

## 2.3 Tryggleik

Tryggleik er eit begrep som kan forklarast på mange måtar. Fjørtoft (2016, s. 122) beskriv tryggleik som to forskjellige dimensjonar, indre og ytre tryggleik. Dette er to dimensjonar som står kvarandre nærme. I arbeid med mennesker må ein som sjukepleiar jobbe med begge dimensjonane. Mennesker tolkar indre tryggleik på sin måte, og det ligg til grunn for mennesker sine individuelle livssyn. Ytre tryggleik omhandlar dei forholda som er mogleg å gjere ei forandring på, og som sjukepleiar kan hjelpe mest til med.

Ytre tryggleik har fleire faktorar ein sjukepleiar kan arbeide med. Den første faktoren handlar om å vite kva som skjer i forholda rundt ein. For å bidra til dette kan sjukepleiar gje pårørande den informasjonen og undervisninga som trengs. Kunnskap om sjukdom og forutsigbarheit er vesentleg for å skape tryggleik. Den andre faktoren handlar om å vise pårørande at ein kan jobben sin som sjukepleiar, slik at dei får tillit og kjenner seg trygge. Den siste faktoren handlar om å vise at ein er menneske. Dette gjerast ved å uttrykkje at ein forstår pårørande slik at ein kan etablere relasjon. Relasjonstryggleik bidreg til ein trygg situasjon for pårørande i heimen (Fjørtoft, 2016, s. 122-123).

## 2.4 Sjukepleiar sin funksjon

I følgje dei yrkesetiske retningslinjene skal ein som sjukepleiar både vise omtanke, respekt og inkludere pårørande (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Desse retningslinjene er grunnleggjande for sjukepleiefaget. Som kjerne i alt arbeid ein sjukepleiar gjere, ligg det å vere eit medmenneske i grunn (Sneltvedt, 2016, s. 100). Samhandling med pårørande bidreg til å skape tryggleik, openheit og tillit samt heve sjølvstenda deira (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 18).

### 2.4.1 Kontaktperson

Kontaktperson, også kalla pasientansvarleg sjukepleiar, er ein måte å sikre oppfølginga til kvar enkelt i heimesjukepleien på. Ved å ha ei rolle som pasientansvarleg kan ein bli betre

kjend med dei aktuelle pasientane og fokusere på desse. I samhandling med andre helsetenester og pårørande er det enklare med informasjonsgjevnad då ein kan gje ut den bakgrunnsinformasjonen som trengs utan å måtte leite etter det. Med jamleg kontakt sikrast kontinuiteten i omsorga (Fjørtoft, 2012, s. 210-211).

#### *2.4.2 Kommunikasjon og relasjon*

Kommunikasjon handlar om å skape, utveksle og avdekke ei meining. Denne meininga kjem fram i samhandling mellom fleire mennesker (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 215). Sjølve prosessen i kommunikasjonen handlar om relasjonen og samspelet mellom pårørande og sjukepleiar (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 212). Når ein person kjenner seg møtt kan ein forbinde det med god kommunikasjon (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 107). God kommunikasjon får ein dersom dialogen er tilstrekkeleg, og dette vil påverke korleis pårørande har det. Alt som er nemnt ovanfor vil bidra til ein relasjon mellom pårørande og sjukepleiar (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 433).

Ein god relasjon er basert på tre viktige element: veremåte, empati og anerkjening. Alle desse elementa er grunnleggjande i kommunikasjonen (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 180). Gjennom god relasjon med pårørande kan ein fremje læring og meistring. Dersom pårørande opplev tilknytninga og relasjonen som trygg, vil vedkomande kunne opne seg meir opp og be om hjelp (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 18-19). For å kunne hjelpe pårørande med aktuelle utfordringar som vedkomande har i livet sitt, er det viktig med ein solid relasjon (Gonzalez, 2020, s. 57).

#### *2.4.3 Meistring*

I heimesjukepleien er det to fokus som er sentrale, livskvalitet og meistring. Meistring er mennesker sin individuelle innsats for å kunne beherske ein situasjon (Fjørtoft, 2016, s. 51-52). Måten dette blir gjort på avhenger av mennesket sjølv, og dei ressursane som er tilgjengelege. Det er tre meistringsstilar som står sentralt; å vere robust, ha optimisme og

humor. Å vere robust handlar om å klare å stå i situasjonen. Det å ha optimisme går ut på å sjå på det gode, og ha tru på at situasjonen vil ordne seg, medan humor dreier seg om fleire punkt (Renolen, 2015, s. 166). Humor påverkar oss fysiologisk, samt gjev mennesker avspenning og ro (Renolen, 2015, s. 168).

## 2.5 Lazarus og Folkmanns stressmeistringsmodell

Richard Lazarus og Susan Folkman sin stressmeistringsmodell omhandlar to vurderingar. Ei primærvurdering; kor skadeleg situasjonen er, og ei sekundærvurdering; kva ressursar ein har tilgjengeleg. Lazarus og Folkman meiner at tankesettet ein har og handlingane ein utfører påverkar kvarandre. Stressmeistringsmodellen er basert på at ein ser på meistringa som ein prosess. Meistringa er i seg sjølv verken god eller dårleg, men må sjåast i samanheng med meistringsstrategien. Det er to typar meistringsstrategiar. Ein handlar om problemet, og den andre om emosjonar (Renolen, 2015, s. 169). Dei problemretta tiltaka siktar seg mot sjølve problemet som skal meistrast. Dei emosjonsretta tiltaka siktar mot kjenslene ein får som reaksjonar i møte med problemet (Renolen, 2015, s. 170-171). Denne stressmeistringsmodellen er relevant i helsesektoren der ein som sjukepleiar kan bidra i meistringsprosessen. Ein kan bidra i form av å reflektere over tiltaka som blir gjort i dei to meistringsstrategiane, samt gje informasjon om det som trengs (Renolen, 2015, s. 172).

## 3. Metode

Metoden for ei oppgåve forklarar korleis ein har gått fram for å finne kunnskap og informasjon i arbeidet med å svare på ei problemstilling (Thidemann, 2019, s. 74).

### 3.1 Framgangsmåte ved litteraturstudie

Oppgåva er ein litteraturstudie basert på fagkunnskap, forskning og teori som allereie finnast (Dalland, 2020, s.199). Litteraturstudie systematiserer den funne kunnskapen ved å samle inn, gå kritisk gjennom og til slutt samle det heile (Thidemann, 2019, s. 77-78).

I denne oppgåva er det kun brukt kvalitative artiklar. Problemstillinga i oppgåva spør om tryggleik som ein menneskeleg verdi, og meiningar kring dette tema. Kvalitative artiklar har som hensikt å få fram mennesker sine meiningar, opplevingar, erfaringar, tankar, forventningar og haldningar. I tillegg kan ein undersøke samhandling og utvikling i dynamiske prosessar (Thidemann, 2019, s. 76). På grunn av fokuset til oppgåva vil ikkje kvantitative artiklar vere hensiktsmessig. Dette er med tanke på at kvantitative data baserer seg på tal og målbare element (Thidemann, 2019, s. 75).

### 3.2 Søke- og utvalsprosess

For å finne litteratur relatert til problemstillinga såg eg gjennom bøkene frå pensum. Heretter valde eg ut dei som inneheldt aktuelle tema. Eg valde ut fleire pensumbøker, deriblant «*Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*» av Ann-Kristin Fjørtoft. Denne boka er sentral i mi oppgåve. Den trekk fram mange relevante tema, og blir difor mykje brukt.

Litteratursøket eg har gjort er systematisk som vil seie at søket er planlagt, grunngitt, dokumentert og kan etterprøvast (Thidemann, 2019, s. 82). For å få søket mest mogleg knytt til problemstillinga har eg anvendt problemstillinga inn i eit rammeverk kalla PICO. PICO står for «patient, intervention, comparison, outcome» (Thidemann, 2019, s. 82-83). Då eg ikkje var ute etter samanlikning av tiltak, er ikkje C inkludert. *Vedlegg 1* viser problemstillinga sett inn i PICO-skjema med tilhøyrande søkeord.

#### 3.2.1 Søkeord og databasar

Ved bruk av PICO-skjema fekk eg orden på søkeorda, samt tydeleggjort hovudbegrep knytt til problemstillinga. For å finne MeSH-termar (Medical Subject Headings) til dei aktuelle søkeorda har eg nytta SveMed+.

EBSCOhost er søkeplattforma eg i hovudsak har nytta. Databasane eg avgrensa søka til var CINAHL, MEDLINE og Academic Search Elite etter anbefaling frå Høgskulen på Vestlandet. Ved å søke på EBSCOhost får ein sjå resultatata frå alle nemnte databasane samla, samt at duplikat blir fjerna. Dette såg eg på som ein fordel då ein kunne gjere større søk, og ikkje gjenta same søket om igjen.

### *3.2.2 Inklusjons-/ og eksklusjonskriterium*

Når ein definerer inklusjons- og eksklusjonskriterium, tydeleggjer ein søket og avgrensar mengda litteratur (Thidemann, 2019, s. 83). Dette gjorde det enklare å velje ut aktuelle artiklar ut frå kva kunnskap eg søkte etter. I databasen EBSCOhost kan ein velje «major heading» for å avgrense til tema. Søketablellen (*Vedlegg 2*) viser avgrensingane i forhold til hovudtema i dei ulike søka i tillegg til dei valde inklusjons- og eksklusjonskriteria.

Eg valde ut tidsrom 2012-2022 for mest mogleg oppdatert forskning då det stadig skjer endring og utvikling innanfor tema. Alderen på involverte personar i studiane er som definert i avgrensinga personar over 65 år. For å få leseleg innhald avgrensa eg søket til engelsk og skandinaviske språk. Eg har fokusert på studiar gjort i Europa for å få mest mogleg like forhold som i Noreg. I tillegg blei det haka av for at utvalet var fagfellevurdert. Dette er ei form for kvalitetssikring der ekspertar ved tidsskriftene les gjennom og godkjenn innhaldet før dei publiserer forskinga (Utdanningsforskning, 2016). Deltakarane i studiane måtte vere pårørande til ein eldre som bur i heimen, og oppsettet på artikkelen måtte følgje IMRaD-struktur. IMRaD-struktur er ei standardisering som skal gjere det enklare å leite seg fram i ukjende tidsskrift (Dalland, 2020, s. 157). Studiar utan desse kriteria blei ekskludert.

### *3.2.3 Søk etter forskingsartiklar*

Det å søke er ein repeterande prosess, og det inneber å gå fram og tilbake gjennom dei ulike



trinna i arbeidet med litteraturstudiet (Thidemann, 2019, s. 90). Gjennom søkeprosessen gjentar ein fire trinn. I første trinn skimles ein IMRaD-strukturen, og ser om innhaldet er aktuelt for problemstillinga. I andre trinn les ein grundig gjennom dei valde artiklane med eit kritisk og reflektert blikk. Her ser ein også etter det som er vesentleg for å kunne svare på problemstillinga. Trinn tre handlar om å kritisk vurdere artiklane ved bruk av sjekklister, fjerde trinn går ut på å analysere og tolke resultata frå artiklane (Thidemann, 2019, s. 90-92). Dei nemnde trinna er brukt i framgangsmåten til søk av forskingsartiklar i oppgåva. Alle søka av forskingsartiklar er oppsett i ei oversikt vedlagt nederst i oppgåva (*Vedlegg 2*). I søka er det brukt operatorar som «AND» og «OR» for å få riktig og avgrensa søketreff.

I første søket ville eg finne forskning som støttar opp under pårørande sine kjensler. Av dette søket fekk eg totalt 101 resultat. Eg synes dette var mange, men eg valde å sjå gjennom alle titlane. Eg las totalt 23 abstrakt, 5 fulle artiklar, og valde ut artikkelen «*Family caregivers experiences of formal care when caring for persons with dementia through the process of the disease*» (Lethin et al., 2016). Artikkelen er relevant i forhold til at den tek opp kva pårørande kjenner på i fleire stadium av eit demens-forløp. Den viser kva pårørande meiner bør gjerast frå helsevesenet si side for å få det best mogleg tidleg i dei ulike fasane, noko eg ville sjå nærmare på.

Vidare var eg ute etter forskning som støttar kjensla av tryggleik i heimen ved hjelp av meistring, relasjon eller støtte. Eg fekk 212 resultat, men valde å gå gjennom dei to første sidene, og las alle titlar, 37 abstrakt, 9 fulltekstar. Av desse blei det inkludert 1 artikkel; «*Characteristics of the relationship that develops from nurse-caregiver communication during telecare*» (Solli et al., 2015). Relevansen for problemstillinga er stor då artikkelen bidreg på å byggje under kor viktig ein god relasjon mellom sjukepleiaren og omsorgspersonen er, noko som var sentralt i mi oppgåve.

I det neste søket ville eg finne forskning som støttar om det som skapar kjensle av tryggleik

for pårørende der ektemakar er nærmaste pårørende. Dette viste seg å vere vanskeleg. Det var begrensa med artiklar ved bruk av søkeorda «spouse caregiver» og «next of kin caregiver». På bakgrunn av dette måtte eg utvide søket til meir generelt med «caregiver» og «family caregiver». Frå dette fekk eg 34 treff og valde 2 artiklar. Første artikkelen er «*Mobile geriatric team for older people: A qualitative descriptive study of relatives' views on what creates senses of security and quality of care*» (Törnfeldt et al., 2021). I forhold til problemstillinga er denne artikkelen relevant då den underbyggjer dei aktuelle tiltaka som er tatt med i oppgåva. Den stiller også opp med mange aktuelle påstandar til drøftinga. Den andre artikkelen eg valde er «*Experiences of being a family member to an older person with diabetes receiving home care services*» (Bendixen et al., 2018). Denne er relevant i forhold til at den tek opp tema som går på tryggleiken av god kommunikasjon, og kvaliteten av heimebesøk av heimetenesta som er med å underbygge problemstillinga.

I tillegg blei det ringt til hukommelses-teamet i heimkommunen for tips om relevant forskning. Derifrå blei eg vist vidare til demenslinja, som hadde forslag til forskjellige nettsider. Eksempelvis nasjonalforeninga, omsorgsforsking, utviklingssenteret og stiftelsen dam sine nettsider. Artikkelen «*Forebyggende og helsefremmende heimebesøk for eldre: Sykepleieres erfaringer og vurderinger*» (Pedersen, 2021) dukka opp som artikkel 7 på utviklingssenteret si forskingsside. Den handlar om heimebesøk til eldre, korleis desse blir utført og erfaringane til sjukepleiarane. Relevansen til oppgåva er erfaringane sjukepleiarane gjer seg om at dei eldre kjenner seg tryggare av heimebesøka. I tillegg tek den opp relevante påstandar frå dei eldre som er vesentlege i drøftinga.

### 3.4 Kjeldekritikk

Dalland (2020, s. 152) skildrar kjeldekritikk som ei vurdering og karakterisering av den litteraturen ein har funne. Ved kvalitetsvurdering av forskingsartiklane er det brukt sjekklister for kvalitative studiar (Helsebiblioteket, 2021). I utvalet mitt av litteratur har eg gått for den siste utgåva av bøkene der det har vore mogleg, samt nytta primærkjelder. I tillegg har eg vore bevisst på sekundærkjelder i pensum. Pensumbøker inneheld ofte sekundærlitteratur

som allereie er tolka, og det er då viktig med ei kritisk lesing. At fire av artiklane er på engelsk kan vere negativt for oppgåva. Språket gjer at innhaldet kan mistolkast då engelsk ikkje er morsmålet mitt. Eit anna minus kan vere at nokon av artiklane inneheld pårørande i andre aldrar, samt har eit anna forhold til den eldre enn eg avgrensa til. Desse artiklane er likevel tatt med då meiningane som kjem fram er relevant uavhengig av alder og relasjon. To av artiklane har hovudfokus på sjukepleiar sitt perspektiv, men desse er også inkludert då artiklane omhandlar pårørande og eldre. Artikkelen 3 omhandlar pasientar med diabetes, men er inkludert fordi den tek opp tryggleik for pårørande til eldre i heimen som tema.

### 3.5 Etikk i forskning

Etikk er i følge Dalland (2020, s.167) eit mønster for korleis ein riktig og godt skal livsføre seg. I forskning skal etikken hjelpe ein å følge normene og verdiane som samfunnet har. I tillegg sikrar etikken deltakarane i forskning mot byrdar og skade, samt personvernet til kvar einiskild. Sidan alle artiklane i oppgåva er kvalitative og inneheld få deltakarar, har eg sytt for at kvar artikkel har gjort greie for etiske vurderingar som er gjort. Alle artiklane er godkjent av ein etisk komité. Deltakarane var med frivillig ved å gje informert samtykke på førehand. I artiklane er alle anonymisert. Denne oppgåva følgjer nasjonale- og internasjonale forskningsetiske prinsipp. Eit eksempel på etiske retningslinjer som ikkje kan unngåast er Helsinkideklarasjonen som blir brukt over mesteparten av verda (Førde, 2014).

## 4. Resultat og funn

Her blir valde forskingsartiklar sine hovudfunn presentert. Sjå fullstendig oversikt over valde artiklar i *Vedlegg 3*.

### 4.1 Forskingsartikkel 1

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

Artikkelen si hensikt var å undersøke ulike opplevingar av formell omsorg gjennom ulike stadium av demens for pårørande. I denne artikkelen hadde deltakarane forskjellige meiningar om erfaringane dei hadde med den formelle omsorga. Hovudfunna baserer seg på dei ulike stadia av eit demensforløp. Resultata er delt inn i tre stadium, det første handlar om då diagnosen blir satt og ein startar første møte med den formelle omsorga. Det andre stadiet handlar om å få utvida det allereie eksisterande samarbeidet med den formelle hjelpa for å kunne fortsette å ha den demente heime. Det siste stadiet handlar om å vere avhengig av hjelp, og flytte over den demente til sjukeheim medan ein som pårørande prøvar å oppretthalde engasjementet. Felles for alle stadia var at den formelle omsorga var reaktiv. I forhold til behovet for informasjon og hjelp burde den formelle omsorga vore proaktiv. Det vil seie å vere på førehand med eksempelvis informasjon. Pårørande måtte ofte streve etter å få dekkja behovet for kunnskap. I alle stadia låg den formelle omsorga på etterskot med informasjonsgjevnaden og støtte. Dette resulterte i at pårørande kjende på stress, depresjon og frustrasjon. Dei pårørande som fekk informasjon til riktig tid hadde det vesentleg betre, og kjende på større kjensle av tryggleik (Lethin et al., 2016).

#### 4.2 Forskingsartikkel 2

*“Characteristics of the relationship that develops from nurse-caregiver communication during telecare”*

Hensikta med artikkelen var å utforske relasjonen mellom sjukepleiar og omsorgsgjevar der kommunikasjons-metoden var web-kamera og web-forum. Hovudfunna i denne artikkelen resulterte i tre kategoriar. Eit fleksibelt og dynamisk forhold, nærheit og avstand i relasjonen, og til slutt eit forhold med variasjon i rollene. Sjukepleiarane reagerte individuelt og variert alt etter behovet til omsorgspersonen. Dette var med på å styrke relasjonen mellom partane. Enkelte av deltakarane kjende på forholdet mellom sjukepleiar og omsorgsperson som ei kjensle av nærleik. Andre kjende på avstand når kommunikasjonen var gjennom eit kamera. I dialogen med dei som kjende på nærheit var det større openheit for kunnskapsutveksling hjå begge partane. Dette bidrog til å skape eit samarbeid, og resulterte i dei ovannemnde kategoriane (Solli et al., 2015).

### 4.3 Forskingsartikkel 3

*«Experiences of being a family member to an older person with diabetes receiving home care services»*

Artikkelen skildra familiemedlemmar sine erfaringar med å ta vare på ein eldre person med diabetes som hadde hjelp av heimetenesta, og erfaringane dei pårørnde hadde når det gjaldt samhandlinga med dei formelle omsorgsgivarane. Erfaringane til familiemedlemmane resulterte i dei ulike tema som er presentert i hovudfunna. Dei fire ulike tema er: sikkerheit gjennom pasienten sine evner og kunnskap, kjensle av byrde på grunn av den eldre si forverrande helse, sikkerheit på bakgrunn av kompetansen til heimetenesta, og kjensle av tvil på grunn av personellet si utilstrekkelege tilnærming og samspel. Pårørnde fekk kjensle av tryggleik når dei hadde kunnskap, og når helsepersonellet viste at dei hadde den aktuelle og nødvendige kompetansen (Bendixen et al., 2018).

### 4.4 Forskingsartikkel 4

*«Mobile geriatric team for older people: A qualitative descriptive study of relatives' views on what creates senses of security and quality of care»*

Artikkelen si hensikt var å utforske pårørnde sine perspektiv på ulike aspekt som kan skape ei kjensle av tryggleik. I tillegg vart det forska på perspektiva av kvaliteten på helsehjelpa som blir gitt av akutt mobil eldreomsorg for heimebuande eldre. Studien kom fram til seks ulike tema som ifølgje deltakarane bidrog til å styrke kjensla av tryggleik. Ukompliserte og enkle møter var viktig for pårørnde i forhold til at informasjon blei gitt på ein trygg og tilpassa måte. Dette gjorde det enklare for pårørnde å forstå informasjonen som vart gitt. I tillegg var det viktig med kjensla av tryggleik, ha personale med kompetanse, få utvida støtte og hjelp ved behov. Dei to siste tema artikkelen har som hovudresultat var innverknaden symptoma hadde på pårørnde sine liv, og det å vere heime i eit kjent og roleg miljø utan å måtte køyre sine kjære til ulike helsetenester (Törnfeldt et al., 2021).

#### 4.5 Forskingsartikkel 5

*«Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk for eldre: Sykepleieres erfaringer og vurderinger»*

Hensikta med artikkelen var å utforske korleis førebyggjande og helsefremjande heimebesøk blir jobba med av sjukepleiarar, samt ulike vurderingar som blei gjort og erfaringane sjukepleiarane hadde med desse heimebesøka. Hovudfunna til artikkelen var at desse besøka er komplekse, og mange element påverkar korleis tilbodet organiserast og utførast. Sjukepleiarar erfarer at eldre kan meistre alderdom godt, men samtidig kan alderdomen opplevast som sårbar og den eldre kan ha behov for auka oppfølging. Resultata kom fram til tre hovudtema. Desse hovudtema er sjukepleiarar sine erfaringar med å arbeide førebyggjande og helsefremjande for eldre, erfaringar knytt til møtet med dei eldre, og til slutt opplevingane av nytteverdi hjå sjukepleiarane (Pedersen, 2021).

#### 4.6 Oppsummering av funn

Ut frå resultata til alle artikklane, samt kva dei hadde til felles har eg kome fram til fire ulike tema som er aktuelle for problemstillinga. Det første temaet som ein ser igjen i alle artikklane er fokuset på kjenslene til pårørande, og behovet dei har for informasjon gjennom sjukdomsforløpet av demens. Det er krevjande å vere både ektemake og pårørande til ein eldre dement. Ein slik livssituasjon kan gå ut over både helsa og det sosiale livet til pårørande, spesielt når det gjeld eldre pårørande. Det andre temaet er kor elementært det er at helsepersonell har ei proaktiv tilnærming. Dette er med å lette på omsorgsbyrda til pårørande, ved at pårørande då slepp å streve etter den hjelpa dei har behov for. Frå resultata kjem det fram at det ofte er vanskeleg for pårørande å ta kontakt. Då er det viktig med ei framferd som er profesjonell og kunnskapsrik.

Utover dette er det også gjentakande at god relasjon som er etablert på tillit mellom pårørande og sjukepleiar er vesentleg. For å kunne ha open kommunikasjon med høve til å kunne fortelje korleis ein har det, må det vere tillit i relasjonen. Relasjonsetableringa går inn

i det siste tema som omhandlar kontinuiteten og oppfølginga av pårørande. Å ha ein kontaktperson er viktig for pårørande i samhandlinga den formelle omsorga for å sikre informasjonsutveksling. På bakgrunn av nemnde tema skal eg drøfte desse for å kunne svare på problemstillinga i oppgåva.

## 5. Drøfting

I dette kapittelet skal eg ved hjelp av presentert teori, forskingsresultata og egne erfaringar svare på problemstillinga: *Korleis skape ei kjensle av tryggleik for pårørande til heimebuande demente eldre?*

### 5.1 Kjenslene og behovet for informasjon hos pårørande

Det å vere pårørande er ei stor oppgåve som inneber mange ulike kjensler, både negative og positive. Desse kjenslene kjem av ei endring i rollene som pårørande har, og av endring i gjeremåla i dagleglivet (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 432). I studien til Lethin et al. (2016, s. 531) kjem det fram at mennesker stort sett er sårbare i ei rolleendring, og treng støtte for å unngå rollekonflikt. Av egne erfaringar frå praksis er det individuelt korleis pårørande handterer ei rolleendring. Nokre taklar det ved hjelp av sine nærmaste, medan andre går gjennom det aleine. Slik eg ser det er det dei med færrest ressursar rundt seg som blir mest prega av ei slik livsendring. Samstundes meiner Skovdahl og Berentsen (2014, s. 416) at variasjonen av behovet for støtte går parallelt med forløpet av demens. Det er ulike stadium i eit demensforløp. På eit seinare stadium vil det krevje meir av pårørande på grunn av forverrande funksjon hjå den demente. Nokon av deltakarane i studien til Bendixen et al. (2018, s. 811) skildra at dei hadde ei tydeleg kjensle av stress, mindre tid til andre i omkrinsen, og at dei til tider måtte ta fri frå jobb på grunn av konstant uro for den demente. Frå praksis i heimetenesta hadde kona til ein dement mann akkurat same kjenslene. Ho var pensjonist, men hadde aldri tid til vener og familie. Ho følte at ho måtte vere heime for å passe på sin demente mann, og det gjorde til at ho ikkje lenger kjende seg trygg på å ha mannen sin heime.

Resultatet av ei involvering med den demente døgnet rundt, kan skape isolasjon og depresjon. Men det er også positive sider. Helsedirektoratet (2017) framhevar at enkelte kan kjenne på den uformelle omsorgsrolla som meiningsfull og gjevande. Når ein person kjenner seg trygg i rolla som omsorgsgjevar vil dei kjenne på meistring. Med tanke på å oppnå tryggleik i ei ny og ukjend rolle, er det viktig med kunnskap knytt til oppgåvene i form av informasjon og praktisk trening (Törnfeldt, 2021, s. 78). Juklestad & Aarre (2018, s. 247) er einig i at behovet for informasjon er viktig, og meiner helsetenesta bør ha tett kontakt med pårørande i form av gjennomføring av heimetilsyn jamleg. Lethin et al. (2016, s. 527) støttar denne påstanden, og seier at informasjon som kunnskap er spesielt viktig i samarbeidet mellom pårørande og den formelle hjelpa. For at støtta til pårørande skal bli best mogleg er det viktig med informasjon frå begge partar. Sjukepleiar må lære av pårørande, og omvendt. Det vil seie at informasjon og kunnskap er viktige faktorar for å skape ei kjensle av tryggleik for pårørande i rolla som uformell omsorgsgjevar.

### *5.1.1 Eldre ektemake som pårørande*

I følgje Fjørtoft (2016, s. 110) vil ein som pårørande til ein dement bli like påverka av demensforløpet som den demente sjølv. Dette gjeld spesielt éi pårørandegruppe; ektemake som pårørande. I praksis fekk eg erfare at eldre pårørande som budde heime med ein dement ektemake var meir utslitne enn eksempelvis borna som budde vekke. På grunn av alderen og nærleiken til den demente vart det ei større påkjenning for den eldre ektemaken. Romøren (2014, s. 78) støttar påstanden med at mennesker i denne alderen naturlegvis har større risiko for å eigne helseplagar. Med eigne helseplagar i tillegg til ei stor omsorgsrolle, vil byrda bli større enn dersom ein yngre frisk person skulle hatt dei same oppgåvene. På ei anna side er det forska på at pårørande ikkje berre har bekymringar kring den demente, men også si eiga helse og livssituasjon (Bendixen et al., 2018, s. 811). Fjørtoft (2016, s. 105) meiner at den eldre generasjonen ikkje stiller store krav til helsevesenet, samt at eldre ber sjeldan om hjelp. Samtidig påstår Kirkevold (2014, s. 146) at det likevel er naturleg at ansvaret som uformell omsorgsgjevar fell på ektemakar av gamle tradisjonelle grunnar. På bakgrunn av dette meiner Pedersen (2021, s. 16) at det er viktig som sjukepleiar å leggje til



rette for at pårørende skal få den støtta og hjelpa som dei treng. På trass av ulike utfordringar som oppstår skal ein som sjukepleiar bidra til at dei eldre skal kjenne seg verdsett. Ved å leggje vekt på dei pårørende sine meiningar, vil dei kjenne på større kjensle av meistring i kvardagen.

## 5.2 Ei proaktiv og respektfull tilnærming

Pårørende har ei omsorgsrolle som stadig kan endre seg i følge Skovdahl og Berentsen (2014, s. 433). Dette medfører endring i behovet pårørende har for informasjon. Lethin et al. (2016, s. 532) framhevar at det er viktig å sjå føre seg endringane som kan komme utover forløpet til dement person. Som sjukepleiar kan ein då «skreddarsy» omsorga på førehand, slik at når behovet for hjelp blir større kan ein gjere tiltak. Nærmare bestemt å gje den informasjonen og støtta som trengs. Ved å vere proaktiv på ein slik måte at pårørende har den kunnskapen som er nødvendig til ei kvar tid, får dei høve til å kunne gjere endringar i kvardagen (Pedersen, 2021, s. 57). Samstundes som ein skal vere proaktiv, skal ein også vise respekt ovanfor pårørende. Ei profesjonell framferd der ein viser kunnskap og evner er viktig for å vise at ein sjølv er trygg i yrket. Dette blir vidareført til pårørende som får ei kjensle av tryggleik gjennom god kvalitet på helsehjelpa som blir gitt (Bendixen et al., 2018, s. 810). Ikkje minst så beskriv Pedersen (2021, s. 45) at det å bli møtt på ein respektfull måte, gjer at samhandlinga mellom pårørende og sjukepleiar blir meir open. Dialogen førar til gode samtalar, og pårørende skal bli høyrte når dei kjem med forslag til gode løysningar. Som sjukepleiar må ein dra nytte av desse forslaga då dei kan gjere kvardagen meir meningsfull og trygg.

Vidare forklarar Pedersen (2021, s. 58) at å snakke med dei eldre om kva som er viktig for dei, støtte det dei allereie gjer, og informere om ulike tilbod i kommunen er element som verkar førebyggjande mot negative kjensler. Målet med det førebyggjande arbeidet er å gjere pårørende merksame på dei ressursane dei har til å kunne auke kjensla av meistring. I følge Renolen (2015, s. 166) er dei ulike måtane å takle meistring på, avhengig av dei ulike ressursane som er tilgjengeleg. For at ein som sjukepleiar kan bidra til meistring kan ein gje

informasjon om stressmeistringsmodellen til Lazarus og Folkmann. Det er ein modell der sjukepleiar kan gå gjennom modellen med pårørande, og fokusere på sjølv meistringsprosessen. Fjørtoft (2016, s. 51-52) meiner at meistring er eit sentralt fokus i heimesjukepleien. Eg erfarte det same der pårørande meinte dei hadde nytte av at ein hadde samtalar, og prata om det som var bra i kvardagen. Pedersen (2021, s. 62) forklarar at eldre pårørande meistrar mykje, sjølv om dei har eigne utfordringar med helsa. Fleire av deltakarane i Lethin et al. sin studie (2016, s. 531) opplevde mange helsearbeidarar som reaktive, og dette skapte ein utryggleik for dei deltakande pårørande. Når behova til pårørande for informasjon, kunnskap, omsorg og støtte ikkje blei imøtekome, meinte pårørande at dei blei utslitne av å måtte leite etter informasjon og personar å kontakte. I motsetning var deltakarane i studien til Pedersen (2021, s. 47) fornøgde med merksemda som vart gjeve av kommunen. Deltakarane hadde ei kjensle av å vere møtt, og dette bidrog til å skape tryggleik. Av erfaring har eg sett at helsearbeidarar kan ha ulik framferd. Dei nemnde påstandane framhevar at ei framferd som er proaktiv vil førebygge negative kjensler, og bidra i meistringsprosessen til pårørande.

### 5.3 Relasjon etablert på tillit

Studien til Solli et al. (2015, s. 1996) påpeikar eit element i sjukepleiaryrket som er vesentleg i samhandling med andre mennesker. Det å ha kunnskap og kapasitet til å etablere gode relasjonar er grunnleggjande i samspelet med pårørande. God relasjon mellom pårørande og sjukepleiar er i følge Fjørtoft verdifullt i samarbeidet om den aktuelle situasjonen (Fjørtoft, 2016, s. 103). Det er ei sentral oppgåve for sjukepleiarar å få til eit godt samspel med pårørande. Samstundes er det understreka at det er ein fordel i høve til at det kan redusere stress (Bendixen et al., 2018, s. 812). Røkenes og Hanssen (2012, s. 18-19) påstår at dersom pårørande kjenner ei trygg tilknytning til sjukepleiar, vil vedkomande kjenne større høve til å opne seg opp, og fortelje om situasjonen. Dette støttar erfaringa eg fekk i praksis. Dei pårørande eg hadde nærast relasjon til, opna seg i større grad og fortalte korleis dei hadde det. Medan dei eg ikkje hadde så tett relasjon til, valde heller å opne seg til andre kollega som dei kanskje kjende seg tryggare på.

Deltakarane i studien til Törnfeldt et al. (2021, s. 79) meinte at det å møte sjukepleiarar som etablerte ein god relasjon var det viktigaste for å skape tryggleik i samhandlinga med helsetenesta. Med det meinte deltakarane ein relasjon basert på tillit med god tid, utan stress, samt at sjukepleiar kommuniserte og var tydeleg med informasjon. God kommunikasjon handlar om å vise eit kroppsråk som byggjer opp om den verbale dialogen. Dette gjer til at ein skapar tillit til den ein samhandlar med, og oppnår ein trygg relasjon (Pedersen, 2021, s. 21). Ein kan også vise til Solli et al. (2015, s. 2000) sine funn at informasjon blir lettare tilgjengeleg med god kommunikasjon. Vidare vert også det å vise empati og omsorg nemnt som verdifulle faktorar i studien. Røkenes og Hanssen (2012, s. 180) underbyggjer dette, og seier at veremåte og empati er grunnleggjande i kommunikasjon. Pårørande står i ein tung situasjon over tid, samstundes er dei ein ressurs for helsevesenet. For at dei skal meistre å stå i ein slik krevjande kvardag, er det viktig at vi som sjukepleiarar anerkjenner og støttar dei (Pedersen, 2021, s. 18). Ein kan også bruke egne erfaringar og seg sjølv som menneske for å hjelpe pårørande til å utvikle seg. Då vil dei klare å nytte egne ressursar betre til å kome seg sterkare ut av situasjonar som er krevjande (Pedersen, 2021, s. 22).

I ein stressande og einsam kvardag er det avgjerande for pårørande å kunne prate om situasjonen dei står i (Solli et al., 2015, s. 1996). Lethin et al. (2016, s.530) understrekar også at det å snakke med andre i same situasjonen kan gje støtte og vere til trøyst. Dessutan må samhandlinga med heimetenesta auke når dei daglege utfordringane for den demente berre blir større. Dette må liggje til grunne for at pårørande skal klare å vere heime med den demente vidare (Lethin et al., 2016, s. 530). I tillegg skal pårørande få ekstra hjelp når behovet oppstår. Det kjem fram i fleire av studiane at nokon av deltakarane må streve etter ekstra hjelp. Å ha ein kontaktperson er framheva som et viktig tiltak for mange for å unngå unødvendig stress (Bendixen et al., 2018, s. 811; Törnfeldt et al., 2021, s. 81 & Lethin et al., 2016, s. 530). Alt i alt er det viktig med ein tillitsbasert relasjon til pårørande for å hjelpe dei gjennom den krevjande kvardagen.

## 5.4 Kontaktperson

Å skaffe pårørende ein kontaktperson har fleire fordelar meiner deltakarane i studien til Törnfeldt et al. (2021, s. 80). Først og fremst handlar det om at pårørende har éin person å forhalde seg til. Dette gjer det enklare i forhold til informasjonsformidling ved at pårørende veit kven dei skal henvende seg til. Dessutan beskrev nokre av dei deltakande pårørende at det er forvirrende, usikkert og vanskeleg å ha fleire og ukjende involverte (Törnfeldt, 2021, s. 80). Pedersen (2021, s. 50; s. 62) påstår at eldre får kjensle av tryggleik og tillit til den formelle omsorga ved å ha éin kontaktperson. I tillegg kom det fram hjå Bendixen et al. (2018, s. 810) at det var frustrerende for både pårørende og den eldre at det var så mange helsearbeidarar innom i heimen. Det var varierende når og kven som kom på heimebesøk, og det var lite tilfredsstillande med variasjonen av kompetansen blant helsearbeidarane. Når fleire helsearbeidarar var involvert, viste det seg å komplisere informasjonsgjevnaden. Samt at det førte til ein del misforstått kommunikasjon i den formelle omsorga (Bendixen et al., 2018, s. 812). Lethin et al. (2016, s. 530) er einig i dette, og meiner at det er essensielt å ha ein kontaktperson som kan vere bindeledd mellom pårørende og ulike personar i den formelle omsorga. Vidare hjelper dette til at pårørende slepp å gje ut same informasjon fleire gongar. Kjennskap til den demente og familien skapar kontinuitet og betre oppfølging (Törnfeldt, 2021, s. 80). Gjennom praksisperioden i heimetenesta erfarte eg det same. Sjukepleiaren som kjende familien og situasjonen kunne forklare bakgrunnshistorie og tidlegare vanskar hos den eldre. Med primærsjukepleiarar som hadde ansvaret for kvar sine pasientar, vart oppfølginga god i forhold til optimal kommunikasjon med familien, samhandling med lege, tilvising til fysioterapeut og liknande. Fjørtoft (2016, s. 210) støttar påstanden med at sjukepleiarar som har ansvar for kvar sine pasientar styrkar den faglege oppfølginga som var nødvendig. Med andre ord så er det mange fordelar med å skaffe pårørende ein kontaktperson. Alle desse positive sidene bidreg til å skape ei kjensle av tryggleik for pårørende.

## 6. Konklusjon

Med opphav i oppgåva si problemstilling, har eg kome fram til at det er fleire faktorar som er

viktige for at pårørende til den heimebuande demente skal kjenne på tryggleik. Først og fremst er behovet for informasjon hjå mange pårørende stort. Det vil difor vere vesentleg at pårørende får tilstrekkeleg informasjon, og at den er tilpassa målgruppa. I tillegg vil det vere relevant å vere proaktiv i framferda ovanfor den eldre pårørandegruppa. Dette kan bidra til førebygging av negative kjensler, og samtidig gjere prosessen rundt meistring enklare for pårørende. Ein annan faktor er relasjonsbygging. Den gode relasjonen sjukepleiarar prøvar å etablere med pårørende, må vere basert på tillit og tryggleik. Ved ein trygg relasjon vil det opne opp for djupare samtalar mellom sjukepleiarar og pårørende. Samstundes er det relevant at pårørende har ein kontaktperson. Å vite kven ein skal ta kontakt med dersom uønskte situasjonar skulle oppstå, kan skape kjensle av tryggleik. Ein kontaktperson vil også danne kontinuitet i oppfølginga. Dette vil saman gjere det enklare for sjukepleiarar å skape kjensle av tryggleik hjå pårørende på best mogleg måte. I tillegg er meistring eit viktig begrep for å kunne oppleve tryggleik. Gjennom drøftinga har eg sett lys på fleire element som bidreg til opplevinga av meistring. Blant anna gjennom å meistre omsorgsrolla for den demente, ved å bli sett og anerkjent av sjukepleiar, og samstundes ved å gjere pårørende bevisste på tilgjengelege ressursar, kan dei oppleve meistring.

På bakgrunn av eldrebølgja si framvekst, som kjem til å resultere i fleire med demenssjukdom, må ein forhalde seg til fleire pårørende. Dette kan skape utfordringar for sjukepleiarar. Det vil då vere avgjerande for sjukepleiepraksis å fokusere meir på pårørende for å kunne ha gruppa som omsorgsressursar i kommunehelsetenesta. For min eigen del har eg gjennom oppgåva opparbeida meir kunnskap om kor stor del av sjukepleieyrket som omhandlar pårørende. I tillegg har eg også fått breiare kunnskap om relasjonsbygging, kommunikasjon og meistring hjå pårørende.

## Litteraturliste

Bendixen, B. E., Kirkevold, M., Graue, M. & Haltbakk, J. (2018). Experiences of being a family member to an older person with diabetes receiving home care services.

*Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 805-814.

<https://doi.org/10.1111/scs.12511>

Bertelsen, A. K. (2016). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2.utg., s.321-343). Gyldendal.

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.). Gyldendal Akademisk.

Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (3.utg.). Fagbokforlaget.

Førde, R. (2014, 10. oktober). *Helsinkideklarasjonen*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>

Gonzalez, M. T. (2020). Relasjonsarbeid: sykepleieprosessens mellommenneskelige del. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 57-67). Gyldendal.

Grov, E. K. (2015). Å være pårørende til en hjelpetrengende pasient. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 56-69). Cappelen Damm Akademisk.

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis: Kritisk vurdering: Sjekkliste*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering>

Helsedirektoratet. (2017, 16. januar). *Pårørendeveileder – Om veilederen*: Nasjonal veileder. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/om-veilederen>

Helsedirektoratet. (2022, 04. mai). *Demens – Pårørende til personer med demens: Nasjonal faglig retningslinje*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/parorende-til-personer->

## med-demens

Helsedirektoratet. (2022, 27. april). *Demens – Om demens: Nasjonal faglig retningslinje*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Heyn, L. (2015). Kommunikasjon: menneskets grunnleggende behov for å forstå og bli forstått. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 363-398). Cappelen Damm Akademisk.

Juklestad, S. I. & Aarre, T. F. (2018). Alderspsykiatri. I T. F. Aarre (Red.), *Psykiatri for helsefag* (2.utg., s. 241-260). Fagbokforlaget.

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). Gyldendal Akademisk.

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 Sciences*, 30(3), 526-534. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/scs.12275>

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikkk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

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

Pedersen, E. S. (2021). Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk for eldre: Sykepleieres erfaringer og vurderinger [Masteroppgave]. Norges arktiske universitet.

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

- Romøren, T. I. (2014). Pasient- og omsorgsforløp. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 73-78). Gyldendal Akademisk.
- Røkenes, O. H. & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller briste: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3.utg). Fagbokforlaget.
- Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 408-437). Gyldendal Akademisk.
- Solli, H., Hvalvik, S., Bjørk, I. T. & Hellesø, R. (2015). Characteristics of the relationship that develops from nurse-caregiver communication during telecare. *Journal of Clinical Nursing*, 24(13-14), 1995-2004. <https://doi.org/10.1111/jocn.12786>
- Strand, B. H., Vollrath, M. E. M. T. & Skirbekk, V. F. (2021, 23. februar). *Demens*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Sneltvedt, T. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4.utg., s. 97-113). Gyldendal akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg.). Universitetsforlaget.
- Törnfeldt, L., Roos, S. & Hellström, I. (2021). Mobile geriatric team for older people: A qualitative descriptive study of relatives' views on what creates senses of security and quality of care. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(2), 77-83. <https://doi.org/10.1177/2057158520987048>
- Utdanningsforskning. (2016, 15. april). Hva er en fagfelleverdert artikkel? <https://utdanningsforskning.no/artikler/2016/hva-er-fagfelleverdert-artikkel/>
- World Health Organization. (2022, 20.september). *Dementia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>



# Vedlegg

## Vedlegg 1: PICO-skjema

Korleis skape kjensle av tryggleik for pårørande til heimebuande demente eldre?			
<b>P:</b>	Population/Patient/Problem	Pårørande til personar med demens i heimen	
<b>I:</b>	Intervention	Relasjon, meistring	
<b>C:</b>	Comparison		
<b>O:</b>	Outcome	Skape kjensle av tryggleik hos pårørande	
<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
Next of kin	Relation		Experience of security
Caregiver	Coping		Sense of security
Spouse	Care burden		Feeling of security
Family	Homecare		
Dementia	Nursing		
	Support		

Vedlegg 2: Oversikt over søk av forskning

SØK 1				
Søk NR	Dato for søk	Søkeord / avgrensing	Database	Antal treff
1	11.10.2022	caregiver OR Family caregiver OR carer OR care giver OR spouse caregiver	Cinahl	93 308
			Medline	113 020
			Academic Search Elite	86 420
2		Family OR Family Members OR Family Relation OR Family Relationship	Cinahl	334 352
			Medline	1 323 746
			Academic Search Elite	1 322 935
3		dementia OR cognitive impairment	Cinahl	108 580
			Medline	260 811
			Academic Search Elite	151 255
4		homecare OR home health care nursing OR homecare nursing OR home care	Cinahl	62 215
			Medline	82 502
			Academic Search Elite	73 238
5		S1 AND S2 AND S3 AND S4	Cinahl	709
			Medline	930
			Academic Search Elite	784
6		Publication date: 2012-2022 Aged: 65+ years, 80 & over Language: English, Norwegian Geography: Europe	Cinahl	494
			Medline	656
			Academic Search Elite	564
			DATABASAR SAMLA	101
<b>Abstrakt lest:</b>			<b>23</b>	
<b>Fulle artiklar lest:</b>			<b>5</b>	

<b>Valde artiklar:</b>			<b>1</b>	
Forskingsartikkel funn		<b>Resultat nr10</b> <a href="https://doi.org/10.1111/scs.12275">https://doi.org/10.1111/scs.12275</a> Family caregivers experiences of formal care when caring for persons with dementia through the process of the disease.		
<b>SØK 2</b>				
<b>Søk NR</b>	<b>Dato for søk</b>	<b>Søkeord / avgrensing</b>	<b>Database</b>	<b>Antal treff</b>
<b>1</b>	12.11.2022	next of kin caregiver* OR spouse caregiver*	Cinahl	1 072
			Medline	1 278
			Academic Search Elite	923
<b>2</b>		nurse OR nurses OR nursing OR nursing care	Cinahl	958 693
			Medline	1 089 472
			Academic Search Elite	639 077
<b>3</b>		S1 AND S2	Cinahl	292
			Medline	567
			Academic Search Elite	260
<b>4</b>		(coping strategies OR coping skills OR coping OR cope) OR (relation OR nurse-next of kin relation) OR (support OR care)	Cinahl	2 246 977
			Medline	5 063 651
			Academic Search Elite	5 122 372
<b>5</b>		S3 AND S4	Cinahl	275
			Medline	503
			Academic Search Elite	242
<b>6</b>		Publication date: 2012-2022 Scholarly (Peer Reviewed) Journals Aged: 65+ years, 80 & over Language: English	Cinahl	128
			Medline	275
			Academic Search Elite	147
			DATABASAR SAMLA	212

		Subject Major: interpersonal relations; family coping; support, psychosocial; home health care; caregiver support; home care services; communication; social support; home nursing; spouses; caregivers		
<b>Abstrakt lest:</b>			<b>37</b>	
<b>Fulle artiklar lest:</b>			<b>9</b>	
<b>Valde artiklar:</b>			<b>1</b>	
<i>Forskningsartikkel funn</i>		Resultat nr 12 <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.12786">https://doi.org/10.1111/jocn.12786</a> Characteristics of the relationship that develops from nurse-caregiver communication during telecare.		
<b>SØK 3</b>				
<b>Søk NR</b>	<b>Dato for søk</b>	<b>Søkeord / avgrensing</b>	<b>Database</b>	<b>Antal treff</b>
<b>1</b>	14.11.2022	Experience of security OR feeling of security	Cinahl	854
			Medline	1305
			Academic Search Elite	3268
<b>2</b>		caregiver OR care giver OR spouse caregiver OR next of kin caregiver	Cinahl	83 642
			Medline	102 294
			Academic Search Elite	73 996
<b>3</b>		S1 AND S2	Cinahl	74
			Medline	80
			Academic Search Elite	75
<b>4</b>		Publication date: 2012-2022 Scholarly (Peer Reviewed) Journals Subject Major: caregivers; home care services; spouses; home health care; quality of health care; caregiver support; coping; attitude of health personnel;	Cinahl	48
			Medline	49
			Academic Search Elite	48
			DATABASAR SAMLA	34

		Language: English		
<b>Abstrakt lest:</b>			9	
<b>Fulle artiklar lest:</b>			3	
<b>Valde artiklar:</b>			2	
<i>Forskingsartikkel funn</i>	<p>Resultat nr 13 Experiences of being a family member to an older person with diabetes receiving home care services <a href="https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/pdfdirect/10.1111/scs.12511">https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/pdfdirect/10.1111/scs.12511</a></p> <p>Resultat nr 20 Mobile geriatric team for older people: A qualitative descriptive study of relatives' views on what creates senses of security and quality of care <a href="https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/2057158520987048">https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/2057158520987048</a></p>			

### Vedlegg 3: Fullstendig oversikt over valde artiklar

Tittel Forfatter(ar) Publiseringsår Tidsskrift Land	Hensikt	Metode	Utval/ Populasjon/ Deltakarar	Hovudfunn/ Resultat	Kvalitets- vurdering	Etiske overveielsar
<p>Family caregivers experiences of formal care when caring for persons with dementia through the process of the disease.</p> <p>Connie Lethin, Ingahill Rahm Hallberg, Staffan Karlsson &amp; Ann-Christin Janlöv.</p> <p>2016</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Sciences</p> <p>Sverige</p>	<p>Undersøke pårørende sine opplevingar av formell omsorg gjennom ulike stadium av eit demensforløp.</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Fire fokusgruppeintervju ble gjennomført i oktober 2011 og analysert med innhaldsanalyse.</p>	<p>23 ektefellar og vaksne barn av personar med demens i Sverige.</p>	<p>Omsorgs-gjevarane hadde ulike støttebehov i kvart stadium av demensforløpet som blei delt i tre hovuddelar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-å få diagnosen og første møte med formell omsorg</li> <li>-utvida samarbeid med den formelle omsorga for å fortsette å ha den demente i heimen</li> <li>- overflytting til sjukeheim og oppretthalding av involveringa</li> </ul>	<p>IMRaD- struktur</p> <p>Fagfelleverdert</p> <p>Nivå på tidsskrift: 1</p>	<p>Godkjend av Regional Etisk Komité i Lund, Sverige.</p> <p>Deltakarane gav informert samtykke før intervjuet, og er anonymisert i studien.</p>

<p>Characteristics of the relationship that develops from nurse-caregiver communication during telecare.</p> <p>Hilde Solli, Sigrun Hvalvik, Ida Torunn Bjørk &amp; Ragnhild Hellesø.</p> <p>2015</p> <p>Journal of Clinical Nursing</p> <p>Noreg</p>	<p>Utforske relasjonen mellom sjukepleiar og omsorgsgjevar der kommunikasjonsmetoden var web-kamera og web-forum.</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Et utforskande design ved bruk av kvalitativ innhaldsanalyse. Deltakarane blei intervjuet via ein semistrukturert intervjuguide to gongar over ein seks månaders periode som varte mellom 30-90 minutt.</p>	<p>6 sjukepleiarar og 9 omsorgspersonar over 65 år med ein ektemakar som lider av hjerneslag eller demens.</p>	<p>Sjukepleiarane reagerte individuelt og variert alt etter behovet til omsorgspersonen, dette var med på å styrke forholdet mellom partane. Forholdet sjukepleiar-omsorgsperson blei karakterisert som ein kjensle av nærheit, og det gav begge partane moglegheit for kunnskap. Dette bidrog til å skape eit samarbeid mellom partane, og resulterte i 3 kategoriar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ein fleksibel og dynamisk relasjon</li> <li>-nærheit og avstand i relasjonen</li> <li>-ein relasjon med rollevariasjon</li> </ul>	<p>IMRaD-struktur</p> <p>Fagfelleverdert</p> <p>Nivå på tidsskrift: 2</p>	<p>Godkjend av Regionale komitear for medisinsk og helsefagleg forskningsetikk i Noreg, og Norsk senter for forskingsdata.</p> <p>Deltakarane gav informert samtykke etter munnleg informasjon frå forskar.</p> <p>Deltakarane er anonymisert i studien.</p>
<p>Experiences of being a family member to an older person with</p>	<p>Beskrive familiemedlemmar sine erfaringar med å ta vare på ein eldre</p>	<p>Kvalitativt beskrivande design</p>	<p>8 omsorgspersonar til ein person over 75 år med</p>	<p>Ut frå erfaringane til familiemedlemmane blei det identifisert fire ulike tema:</p>	<p>IMRaD-struktur</p> <p>Fagfelleverdert</p>	<p>Godkjend av Regionale komitear for medisinsk og helsefagleg</p>

<p>diabetes receiving home care services.</p> <p>Bente E. Bendixen, Marit Kirkevold, Marit Graue &amp; Johannes Haltbakk.</p> <p>2018</p> <p>Scandinavian Journal of Caring Sciences</p> <p>Noreg</p>	<p>person med diabetes som mottok hjelp av heimetenesta, og samhandlinga saman med dei formelle omsorgsggjevarane.</p>	<p>Frå mai til august 2015 blei det gjennomført individuelle intervju med ein semistrukturert intervjuguide som blei analysert med kvalitativ innhaldsanalyse. Intervjua blei tekne opp på lydopptak og varte mellom 20-50 minutt.</p>	<p>diabetes</p>	<p>-sikkerheit gjennom pasienten sine ferdigheit og kunnskap</p> <p>-oppfatta byrde grunna den eldre si forverrande helse</p> <p>-sikkerheit gjennom kompetansen til heimetenesta</p> <p>-tvil grunna personalet sin utilstrekkelege tilnærming og samspel</p>	<p>Nivå på tidsskrift: 1</p>	<p>forskingsetikk.</p> <p>Deltakarane fekk informasjon både munnleg og skriftleg i forkant, og ga tilbake skriftleg samtykke.</p> <p>Lyd-filene blei sletta etter studien var ferdig, og deltakarane var anonymisert.</p>
<p>Mobile geriatric team for older people: A qualitative descriptive study of relatives' views on what creates senses of security and quality of care.</p>	<p>Utforske pårørnde sine perspektiv på forskjellige aspekt som kan skape ein kjensle av tryggleik, samt perspektiva på kvaliteten av helsehjelpa som blir gitt av akutt mobil eldreomsorg for heimebuande eldre.</p>	<p>Induktivt kvalitativt design</p> <p>Data blei samla inn ved hjelp av semistrukturerte intervju analysert med innhaldsanalyse. Intervjua blei tatt opp digitalt, transkribert</p>	<p>12 pårørnde som omsorgspersonar av alderen 60-91 år. 6 ektemakar av den eldre, og 6 av deltakarane var barn til den eldre.</p>	<p>Studien kom fram til seks ulike tema som i følge deltakarane bidrog til å styrke kjensle av tryggleik: miljøet i heimen, innverknad på pårørnde sitt eige liv, utvida hjelp og støtte ved behov, viktigeita av personalet, kjensle</p>	<p>IMRaD-struktur</p> <p>Fagfelleverdert</p> <p>Nivå på tidsskrift: 1</p>	<p>Godkjend av Regional Etisk Komité i Sverige.</p> <p>Deltakarane fekk informasjon både skriftleg og munnleg om frivillig deltaking, og at dei kunne når som helst forlate studien. Det blei gitt garanti for</p>



<p>Lena Törnfeldt, Susanne Roos &amp; Ingrid Hellström.</p> <p>2021</p> <p>Nordic Journal of Nursing Research</p> <p>Sverige</p>		<p>ordrett og varte mellom 30-50 minutt.</p>		<p>av sikkerheit og enkle møter.</p>		<p>anonymitet i studien.</p>
<p>Forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk for eldre: Sykepleieres erfaringer og vurderinger.</p> <p>Eirin Sofie Pedersen.</p> <p>2021</p> <p>Norges arktiske universitet</p> <p>Noreg</p>	<p>Utforske korleis førebyggjande og helseframande heimebesøk blir jobba med, ulike vurderingar som blir gjort og erfaringane til sjukepleiarane.</p>	<p>Kvalitativ metode</p> <p>Data blei samla inn ved 6 semistrukturerte intervju frå oktober 2019 til januar 2020. Intervjua blei transkribert og blei analysert med ein tematisk metode.</p>	<p>6 sjukepleiarar som hadde erfaring med eldreomsorg og gjennomført heimebesøk som eit helseframande og førebyggjande tiltak.</p>	<p>Kompleksiteten av desse besøka er stor, og mange element påverkar korleis tilbodet organiserast og utførast. Sjukepleiarane erfarer dei eldre som både meistrar alderdomen godt, og dei som oppleve alderdomen som meir sårbar og har større behov for oppfølging.</p>	<p>IMRaD- struktur</p> <p>Fagfellevurdert</p>	<p>Godkjend av Norsk senter for forskningsdata.</p> <p>Informasjon og samtykkeskjema blei sendt ut i forkant. Deltakarane blei forsikra om at informasjonen blei sletta etter enda studie, og at informasjonen var anonymisert.</p>



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave i sykepleie

SK152-O-2022-HØST-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	09-12-2022 09:00 CET	<b>Termin:</b>	2022 HØST
<b>Sluttdato:</b>	12-12-2022 14:00 CET	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave i sykepleie		
<b>Flowkode:</b>	203 SK152 1 O 2022 HØST		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	338
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7820
----------------------	------

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

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	26
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

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