



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKB390-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	03-05-2023 12:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	12-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKB390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	288
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7102
----------------------	------

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

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	113
Andre medlemmer i gruppen:	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



BACHELOROPPGAVE

Ivaretagelse av omsorgspersoner for hjemmeboende personer med demens

Taking care of caregivers to people living at home with dementia

Kandidatnummer: 288

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

12.05.23

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	5
1.1 Introduksjon	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Avgrensing for problemstilling	6
1.3 Begrepsavklaringer	6
2 Teori	8
2.1 Hva er demens?	8
2.2 Den eldre pasienten	9
2.3 Konsekvenser for pårørende med hjemmeboende personer med demens?	9
2.4 Samtalegruppe for pårørende	10
2.5 Kari Martinsens omsorgsteori	11
3 Metode	13
3.1 Litteraturstudie som metode	13
3.2 Søkeprosess	13
3.3 Kritisk vurdering av artikler	14
3.4 Analyse og syntese	14
3.5 Etske vurderinger	15
4 Resultat	16
4.1 Omsorgspersonenes opplevelse av redusert helse	16
4.2 Omsorgspersonenes behov for samtalegrupper	16
4.3 Omsorgspersonenes behov for tilpassete tjenester og bistand	18
5 Drøfting	20
5.1 Pårørendes helse	20
5.2 Pårørendes behov for støtte og felleskap	21
5.3 Informasjon og hjelp fra helsevesenet	23
5.4 Litteraturstudie som metode	24
6 Konklusjon	27
7 Litteraturliste	28
Vedlegg 1 PICO skjema	32
Vedlegg 2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	33
Vedlegg 3 Søkehistorikk Medline	34
Vedlegg 4 Søkehistorikk CINAHL	35
Vedlegg 5 Søkehistorikk Conchrane Library	36

Vedlegg 6 Prisma flow diagram	37
<i>Treff i databaser:</i>	37
<i>Abstract ekskludert</i>	37
<i>Leste abstract</i>	37
<i>Fulltekstartikler ekskludert</i>	37
<i>Artikler vurdert i fulltekst</i>	37
<i>Artikler inkludert</i>	37
Vedlegg 7 Resultatmatrise	38

Abstract

Aim: How can a nurse look after relatives who have a caring role for people living at home with dementia

Background: In Norway today, 100,000 people have dementia. By 2050, it is estimated that this figure will double, and by 20100 it will be 4 times as high. 2 out of 3 people with dementia live at home, they live at home approximately 5 years. Relatives perform 160 hours a week caring for the person with dementia. With increasing estimates of people with dementia, it can be expected that relatives will have to caring a certain caring role in the future as well

Method: In this bachelor thesis, it was performed a systematic literature search in databases Conchrane library, Medline and Cinahl for articles published between 2012-2022, for this literature study. The search resulted in the inclusion of five studies.

Results: The results show that relatives want closer cooperation with healthcare system. Relatives need information about dementia, progression and care techniques. Relatives also need support and help to look after their well-being. It affected their ability to provide care for someone with dementia whose relatives experienced reduced health from the caring role. Relatives experience the healthcare system as inaccessible and inflexible. Relatives who participated in support groups with other relatives experienced being heard and understood, it was also an opportunity to get advice and support from others in the same situation.

Discussion: Dementia has a high occurrence among the residents in Norway, with a higher rate of relatives. Dementia requires prolonged care and is incurable. Subjective variations in symptoms demand individual follow-up. It is resource-intensive to follow up everyone with dementia. The need could be met by shorting the line between health care system and the relatives, by offering knowledge when needed and arrange short term relief. Relatives got an increase in well-being by participation in support groups.

Conclusion: Relatives need knowledge about dementia, the healthcare system must be available and relatives should be offered support groups. This meant that relatives could stay in the caring role for longer and experienced better well-being.

1. Innledning

I dette kapitlet tar jeg for meg introduksjon, bakgrunn for valg av tema, og presenterer min problemstilling.

1.1 Introduksjon

I 2020 var det cirka 100 000 personer med demens i Norge, innen 2050 er det beregnet at dette tallet skal minst doble seg, og innen 2100 skal være fire ganger så høyt. Av disse 100 000 med demens i dag, bor to av tre av personer med demens hjemme. (Strand et al., 2021).

Når en person med demens bor hjemme utfører pårørende cirka 160 timer i måneden med hjelp til den syke, og hjelp fra det offentlige som fastlege, hjemmesykepleie, dagsentrer og poliklinikker utgjør 16 timer i måneden (Smebye, 2020, s. 270). Det vil i fremtiden ramme en større andel av befolkningen, kapasiteten på institusjoner og helsetjenesten vil utfordres, noe som kan bety at pårørende fortsatt må ta største delen av omsorgen for pasienten når de bor hjemme. Man kan også risikere at personer med demens må bo hjemme lengre om ikke helsetjenesten følger utviklingen. Uansett må man kunne forvente i fremtiden at de med demens bor en viss tid hjemme før de kommer på institusjon.

En pasient bor i dag i snitt hjemme i 5 år før de får plass på en institusjon (Strand et al., 2021). Pårørende sin innsats foregår hele døgnet. Der helsepersonell kan gå hjem etter endt arbeidsdag, er pårørende alltid på jobb. De uttrykker skuffelse over egen innsats, angstsymptomer, lite sammenhengende søvn og kontinuerlig uro. Dette er personer som også har et liv ved siden av. Dette kan være å ha omsorg for egne barn, karriere og arbeid, samliv og venner. (Smebye, 2020, s. 270-273)

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt å skrive om pårørende til personer med demens. Jeg har sett både gjennom egen- og yrkesmessig erfaring hvor stort behov pårørende har for kunnskap og oppfølging

når deres nærmeste har fått en demens diagnose. En demens diagnose for en person man står nært har vist kan påvirke sin egen psykiske og fysiske helse (Smebye, 2020, s. 271). Jeg har gjennom jobben min kommet i prat med flere pårørende som opplever diagnosen som utfordrende. Jeg har hørt uttrykk som «jeg kjenner han ikke igjen» og «det er vanskelig å ikke føle at man ikke er der for sin ektefelle». Jeg erfarer at pårørende vil gjerne være der for sine nærmeste, men strekker ikke til over tid. Til slutt overlates ansvaret til en institusjon eller hjemmesykepleien. Når helsevesenet kobles på oppleves oppfølgingen å være rettet mot den med demens sin hverdag og helse. Derfor vil jeg se nærmere på hvordan pårørende kan erfare at de blir ivaretatt.

Derfor blir min problemstilling følgende: «Hvordan ivareta pårørende, som er omsorgspersoner, for eldre hjemmeboende personer med demens?»

1.2 Avgrensing for problemstilling

Problemstillingen omhandler ikke en spesifikk demensdiagnose som fører til demens symptomer, men heller alle pasienter som har en form for demens. Det blir derimot ekskludert pasienter som har benevnelsen kognitiv svikt, som betyr at personen må ha fått en demens diagnose. For å avgrense pasientgruppen ytterligere inkluderes kun pasienter som bor hjemme, i alderen 65 år og oppover. I hjemmet er pleien og den direkte hjelpen fra helsetjenesten redusert til noen få besøk om dagen og derfor kreves det en tettere oppfølging fra pasientens nærmeste. Jeg fokuserer på pårørende som er pasientens nærmeste omsorgsyter over 18 år. Oppgaven trekker frem pårørendes spesielle utfordringer og behov.

1.3 Begrepsavklaringer

Demens

«Demens defineres som en samlebetegnelse for en ervervet og langvarig klinisk tilstand som ofte forverres over tid. Tilstanden kjennetegnes ved kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evne til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte og endret sosial adferd» (Rokstad, 2020, s. 24). Demens er en fellesgruppering med diagnoser som fører til

tiltagende reduserte evner til å opprettholde fysiologiske, sosiale og psykososiale evner frem mot et punkt der man vil være helt avhengig av hjelp. Demens vil ha en raskere og totalt større reduksjon av evner enn kognitiv svikt. (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 411).

Pårørende

Pårørende er et begrep som man i all hovedsak bruker i helsetjenesten. Fra gammelt av ble det definert som nær familie, men er definert under pasient- og brukerrettighetsloven som at pårørende er den eller de som pasienten selv oppgir som pårørende. Det er likevel i dag som oftest ektefeller, foreldre eller barn til pasienten som er pårørende. (Fjørtoft, 2019, s.101)

Hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien er et helsetilbud som foregår i personens eget hjem. Faktorer som blant annet svekket helse, sykdom og den generelle livssituasjonen gjør at de trenger hjelp i kortere eller lengre periode. Hjelpen har som mål at «...personer skal kunne få hjelp til å mestre hverdagen i sitt hjem». (Fjørtoft, 2019, s.17)

Pårørendeskoler og samtalegrupper

Nasjonalforeningen for folkehelse og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse har stått i spissen for opprettelsen av påørendeskoler og samtalegrupper. Det er en mulighet for pårørende å få undervisning om demens og hjelpetiltakene som finnes, samt mulighet til å møte andre pårørende i samme situasjon. Det er frivillige og/eller fagpersoner som leder undervisningen og gruppesamtalene. Pårørende skal kunne ha en arena hvor man kan ta opp utfordringer, få støtte fra personer i samme situasjon, og å være sosial. (Smebye, 2020, s. 281).

2 Teori

Et teorikapittel brukes for å belyse hvilken kunnskap man trenger for å kunne gjøre analyser og tolkninger for å få svar på problemstillingen (Thidemann, 2019, s.55). I dette kapittelet tar jeg for meg relevant teori innen demens, den eldre pasienten og konsekvenser for pårørende.

2.1 Hva er demens?

Demens defineres som en klinisk tilstand som er langvarig og forverres over tid. Tilstanden kjennetegnes med irreversibel kognitiv svikt som påvirker ens egen evne til å utføre dagliglivets aktiviteter samt får endret sosial adferd. (Rokstad, 2020, s. 24).

Tilstanden påvirker i hovedsak personer over 65 år, men kan også opptre i yngre alder. Man har tidligere definert dette aldersskille med «presenil demens» på personer som fikk en demensdiagnose før de var 65 år, og «senil demens» dersom diagnosen oppsto etter man ble 65 år. (Engedal, 2022). Symptomene varierer ofte utfra hvilken hjernesykdom man har, og kan bli mer fremtredende når sykdommen utvikler seg (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 411). Selve sykdomsforløpet kan være intensivt og utvikler seg raskt, mens andre kan oppleve at sykdommen utvikler seg langsomt og lever lenge med sykdommen. (Rokstad, 2020, s. 35; Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 411).

I Norge brukes ICD-10, *International Classification of Diseases and Related Health Problems 10. versjon*, som det offisielle klassifikasjonsverktøyet for demenssykdommer. ICD-10 definerer demens slik at man må ha svekket hukommelse og andre kognitive funksjoner som dømmekraft, planlegging og abstraksjon. Disse symptomene skal ha vært tilstede i sammenhengende seks måneder. (Rokstad, 2020, s. 24-25; Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 411-412). Det er tre grader av demens i følge Engedal (2022) og Rokstad (2020, s. 35).

Mild: Personen klarer seg fint i dagliglivet med små korrigeringer og påminnelser.

Moderat: Personen vil ikke kunne klare seg uten hjelp fra andre.

Alvorlig: Krever kontinuerlig pleie og tilsyn.

2.2 Den eldre pasienten

Eldre pasienter har et stort aldersspenn fra 60 år til 100 år. Aldersforandringer er forandringer i kroppen som skyldes biologisk aldring. Aldersforandringene blir større ved økende alder. (Romøren, 2015, s.29-31). Store medisinske leksikon definerer aldring slik: «*Aldring kan defineres som tiltagende tap av kroppens vev og organer med årene, som igjen fører til tap av funksjon av hver enkel celle og hvert enkelt organ.*». (Fossum et.al, 2020).

2.3 Konsekvenser for pårørende med hjemmeboende personer med demens?

Demens er kanskje den sykdommen som rammer pårørende omtrent like hardt som den syke. Pårørende blir ofte kalt «sykdommens skjulte offer», da det å være pårørende til en med demens er en stor belastning for mange. Dette gjelder særlig de som har den daglige omsorgsrollen for en med demens. Pårørende, og særlig omsorgspersonene, opplever det som så belastende at det fører til bekymringer og stress. Pårørende rapporterer at det føles som å miste sin nærmeste, bit for bit, ved at man ser konstante kognitive endringer og personlighetsendringer. (Fjørtoft, 2019, 110).

Pårørende er ofte de med en følelsesmessig relasjon til den med demens. Det kan likevel være mange årsaker til at pårørende ønsker å yte omsorg for den syke. Det kan være en måte for pårørende å uttrykke sin kjærlighet og takknemlighet for personen, og gi tilbake til noen som har gitt dem mye gjennom livet. De kan også føle at de vil ha kontroll på at sine nærmeste får den beste omsorgen. For andre kan det være en følelse av plikt eller forventning ved at helsevesenet ikke setter av tid og ressurser til den syke. Man kan også se at den syke føler seg tryggere rundt sine nærmeste. (Fjørtoft, 2019, s.104). Personen som har påtatt seg omsorgen for en som er rammet av demens, hjelper ofte regelmessig, vanligvis daglig, med oppgaver som er nødvendig for at den med demens skal kunne leve hjemme.

Pårørende kan oppleve ensomhet og isolasjon, da omsorgen kan oppta mye av den pårørende sin gjenværende tid i hverdagen. utfordringer med isolasjon og ensomhet ser man oftere dersom hjelpebehovet til den syke øker, spesielt om den syke opplever sosiale settinger som utfordrende. Man ser da ofte at pårørende gir avkall på sosiale sammenkomster og nærheter til fordel for den syke. Dette for å skåne den syke, seg selv og

de rundt seg. Pårørende gir ofte avkall på sine egne behov i omsorgsrollen. (Fjørtoft, 2019, s. 110-111).

Relasjonen mellom den syke og omsorgspersonen kan endres. Forholdet er ikke lenger likeverdig, den ene blir avhengig av den andre (Fjørtoft, 2019, s. 110).

2.4 Samtalegruppe for pårørende

Flere steder driver frivillige og helseforetak med støttetiltak for pårørende til personer med demens. Samtalegrupper er en mulighet for pårørende å få snakket om utfordringer knyttet til omsorgen for en med demens, samt å få støtte fra andre i lignende situasjon. Målet med samtalegrupper er at pårørende skal kunne ha en arena for å bearbeide egne følelser. (Smebye, 2020, s. 281). Verdien av samtalegrupper ligger i at man skal kunne få støtte og hjelp til å forstå utfordringene som oppstår (Smebye, 2020, s. 282).

Samtalegrupper har vist å redusere antall innleggelses på sykehjem og avlastning for den med demens. I tillegg har man sett at omsorgspersonene ble mindre deprimert sammenlignet med pårørende som ikke benyttet seg av samtalegrupper. Effekten av at pårørende samhandler med andre i lignende situasjoner, om utfordringer knyttet til omsorg for en av sine nærmeste, har ført til opprettelsen av selvhjelpsgrupper. Deltagerne opplever at de er i samme situasjon og har dermed spesielle forutsetninger til å forstå hverandre. De uttrykker at pårørende som samhandler med andre i lignende situasjon, kan gi en opplevelse av et mer realistisk syn på sin situasjon. Dette kan gi mer troverdig erfaring om hvordan de kan tilpasse seg den syke. (Smebye, 2020, s. 283)

Helsepersonell erfarer gruppesamtaler med pårørende som en verdifull måte å arbeide på innen faget. Det å rette fokuset mot pårørende også kan føre til at pårørende kan stå i omsorgen lengre. For å lykkes med samtalegrupper må legge til rette for at ansatte kan sette av tid og ressurser til å gjøre dette arbeidet. (Smebye, 2020, s. 283).

Rekrutteringen til samtalegruppene kan være vanskelig, da enkelte pårørende sier de ikke har tid. Noen opplever det som en ekstra belastning i en allerede hektisk hverdag og anser ikke samtalegrupper som verdifullt nok, mens andre pårørende ønsker ikke å delta fordi de ikke vil utlevere sine nærmeste. Hvis man deltar i samtalegrupper har man taushetsplikt,

ovenfor det som blir meddelt i samtalegruppene. Helsepersonell kan også påpeke at det er pårørendes behov for støtte som er i fokus, samt at det er en måte å treffe andre mennesker på. (Smebye, 2020, s. 283).

2.5 Kari Martinsens omsorgsteori

Jeg har i denne oppgaven valgt å ta utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgsteori. I følge Kirkevold (1998, s.168) regnes hun til å være den teoretikeren som har skrevet mest om sykepleierens oppgaver. Hennes ideer skiller seg en del fra andre sykepleierteorier, teoriene hennes betraktes til å være mer filosofiske enn konkrete oppgaver. Ideene kan fremstå mer abstrakt og skjønnsbasert enn andre teorier. Ideene og teoriene hennes regnes likevel ikke som revolusjonerende eller nytenkende, men heller som en ny tolkning av allerede utarbeidede teorier. (Kirkevold, 1998, s.168). Grunnpilaren i hennes teorier er at sykepleien bør være en omsorgsfull praksis som anerkjenner pasientens verdighet og integritet. Hun argumenterer for at sykepleierne bør ha en helhetlig tilnærming til pasientomsorgen, og at omsorg bør være sentralt i all sykepleiepraksis. (Kirkevold, 1998, s. 169).

Hun definerer omsorg som en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv.

«mennesket kan ikke leve i isolasjon fra andre. Avhengigheten av andre trer særlig tydelig frem i situasjoner der sykdom, lidelse og funksjonshemning er tilstede, men er ikke begrenset til slike situasjoner. Denne fundamentale menneskelige avhengigheten krever et menneskelig motsvar. Det menneskelige motsvaret blir da omsorg. Omsorg er et relasjonelt begrep som beskriver det ene menneskets svar på den andres avhengighet. Med utgangspunkt i pasientens avhengighet er og må omsorg være sykepleierens verdigrunnlag». (Kirkevold, 1998, s.169)

Kari Martinsen mente det var en begrensning med daværende retningslinjer og teorier. Kari Martinsen så at de fleste pleiepasientene befant seg i private hjem. Det var kronisk syke, eldre mennesker som ikke ville tåle helbredende behandling eller hadde sykdommer som ikke hadde noen behandlinger. Disse pasientene trengte mye pleie, men behandlingen hadde liten medisinsk fremgang. Det var omsorgen for disse man ville miste ved å vitenskapeliggjøre sykepleien ved å forske på naturvitenskapelige metoder. Denne

tilnærmingen til sykepleien mente Kari Martinsen ville føre til at man fokuserte på de resultatsikre pasientene, de pasientene som ble kurert fra sine sykdommer, og dermed ga målbare resultater på sykepleiere og andre helsearbeideres innsats. (Mathisen, 2017, s.151). Kari Martinsen mente likevel ikke at forskning og utvikling av retningslinjer er til ingen nytte. Om man brukte fenomenologi som vitenskapelig metode ville man få innsikt i fenomener som er viktig for å forstå den sykes problemer og reaksjoner. Det at sykepleiere har evne og kunnskap til å foreta slik forskning setter sykepleieprofesjonen i en unik situasjon for å gi omsorg. Med det mener Kari Martinsen at sykepleiere skal være bevisst på sitt verdigrunnlag, og betydningen av å ha et godt kunnskapsgrunnlag i fagutøvelsen. (Mathisen, 2017, s 152).

3 Metode

Metode er den systematiske fremgangsmåten du benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling. I metodekapitlet beskriver du hvordan man har gått frem. (Thidemann, 2019, s.74).

3.1 Litteraturstudie som metode

For å svare på problemstillingen har jeg valgt å bruke litteraturstudie som metode. En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt sammenfatte det hele. (Thidemann, 2019, s. 77). Hensikten skal være å gi en oppdatert og god forståelse av kunnskapen som problemstillingen etterspør og forklare hvordan man har kommet frem til denne kunnskapen (Thidemann, 2019, s.78). Metodebeskrivelsen skal være så presist at andre skal kunne følge fremgangsmåten og komme til samme konklusjon (Thidemann, 2019, s.74).

3.2 Søkeprosess

I søkeprosessen benytter jeg PICO. PICO gir struktur og klargjør spørsmålet for litteratursøk, utvelgelse og kritisk vurdering av litteraturen. PICO er en forkortelse for elementer som ofte vil være i spørsmålet. (Helsebiblioteket, 2021c; Thidemann, 2019, s.82). PICO er bygd opp slik at man har pasient/problem/populasjon (P), intervensjon (I), sammenligning (C) og utfall (O) (Helsebiblioteket, 2021c; Thidemann, 2019, s.83). (Se vedlegg 1)

For å finne ord har jeg brukt termologibasen MeSH. Jeg skrev inn ordene fra PICO-en for å finne relevante og riktige ord på engelsk, da det som regel finnes flere artikler på engelsk enn på norsk. MeSH er mest hensiktsmessig å bruke fordi MEDLINE bruker dem i sin helhet, og Cochrane Library og CINAHL er begge basert på MeSH. Ved å bruke søkeord som databasen er basert på vil man få opp artikler som bruker søkeordene som emneord (Thidemann, 2019, s.86).

Problemstillingen dreier seg om erfaringer og holdninger (helsebiblioteket, 2018). For å besvare problemstillingen på best mulig måte anbefaler helsebiblioteket (2018) at man bruker litteratur som har brukt kvalitative metoder.

Jeg har gjennomført søk i databaser som omhandler sykepleiefaget. Databasene måtte være åpen for alle eller at Høgskulen på Vestlandet hadde tilgang. Når man skal utføre en litteraturstudie må man utføre et systematisk søk. For å kunne få dette til velger man databaser som søker etter litteratur innenfor faget man studerer. Jeg har valgt Medline, Cinahl og Conchrane Library som databaser. Medline er den fremste referansedatabasen innen medisin med artikler fra 1946 og fremover (helsebiblioteket, u.åa). Cochrane library er en systemisk oversikt som inneholder flere forskjellige typer studier av høy kvalitet (helsebiblioteket, u.åb). Cinahl er en database som inneholder engelskspråklig litteratur innen sykepleie og tilgrensede fag. Det er mest tidsskrifter som er inkludert i tillegg til blant annet bøker, bokkapitler, konferanser, avhandlinger og standarder for praksis. Inneholder også en del kvalitativ forskning og pasienterfaring, som treffer min oppgave godt. (helsebiblioteket, 2021b).

Jeg gjennomførte søkene ved å bruke MeSH-ordene som jeg kombinerte med «AND» og «OR» i de nevnte databasene. Funnene ble avgrenset ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriterier. Ved å bruke inklusjons- og eksklusjonskriterier avgrenser du mengden litteratur og tydeliggjør søket (Thidemann, 2019, s. 83-84). Se vedlegg 2 for inklusjons- og eksklusjonskriterier.

3.3 Kritisk vurdering av artikler

Etter å ha gjort søk i databaser og funnet litteratur, vurderte jeg de for å se om de var relevante for problemstillingen. Helsebiblioteket (2021a) sine sjekklister ble brukt i tillegg for å vurdere artiklene for relevans. Selv om artiklene er publisert i velrenomerte tidsskrifter så kan artiklene likevel ikke være relevante grunnet gyldighet, metodisk kvalitet, resultater og overførbarhet (helsebiblioteket, 2018). Etter dette arbeidet ble fem artikler inkludert i litteraturstudien. Se vedlegg 7 resultatmatrise.

3.4 Analyse og syntese

Å analysere en tekst er å granske hva teksten forteller, og man tolker teksten for å forstå den. Analyse og tolkning kobles sammen for å få en fullverdig forståelse. (Thidemann, 2019, s.92). De utvalgte artiklene må leses systematisk for å skape en god forståelse. Dette gjøres ved å trekke ut relevante temaer, identifisere og sammenlignede artiklenes innhold for å

finne likheter og ulikheter (Thidemann, 2019, 33). Jeg har brukt resultatmatrise (vedlegg 7) for å analysere hver enkelt artikkel sin metode og resultat, samt å foreta en kvalitetsvurdering av artiklene. Syntese i en litteraturstudie betyr å kombinere, analysere og tolke funn fra flere kilder for å danne en helhetlig forståelse av et emne. Dette innebærer å identifisere og sammenligne ulike perspektiver, teorier og funn fra ulike kilder for å finne felles temaer og mønstre. En god syntese kan hjelpe deg å få en dypere forståelse av et emne og kan hjelpe deg med å utvikle en mer helhetlig og informert tilnærming til problemstillingen. (Thidemann, 2015, 58)

3.5 Etiske vurderinger

Litteraturstudie bygger på studier basert på litteratur og forskning skrevet av andre forfattere. Det er derfor viktig å henvise korrekt for å kreditere forfatterne. For å kreditere forfatterne henviser jeg til artiklene ved å bruke APA 7th slik. (Høgskulen på Vestlandet, 2020). Litteraturen man finner må være etisk gjennomtenkt, med det menes det at forskningen som er gjort, er gjort med hensyn til frivillighet, anonymitet og informert samtykke (Thidemann, 2019, s. 12).

4 Resultat

I resultatdelen legger man frem det innsamlende datamaterialet man har funnet, uten å foreta egne tolkninger og vurderinger (Thidemann, 2019, s 106). I forskningsartiklene jeg har funnet utmerker det seg noen utfordringer som gjelder pårørende til personer med demens og deres omsorgsrolle, samt hvordan sykepleiere kan imøtekomme disse utfordringene og deres behov. Derfor har jeg plukket ut temaene *opplevelse av redusert helse, behovet for samtalegrupper og behov for tilpassete tjenester*.

4.1 Omsorgspersonenes opplevelse av redusert helse

Steenfeldt et al. (2021) har laget en systematisk oversikt som tar for seg pårørende som er omsorgspersoner for hjemmeboende personer med demens. Oversikten fremhever at omsorgspersoner opplever større andel av isolasjon og ensomhet, samt mindre overskudd til å ta vare på egen helse. Enkelte deltagere uttrykte å ha god effekt av avlastning eller at den syke hadde en form for aktivitet som for eksempel dagsenter, for å gi rom for hvile og overskudd. Noen deltagere uttrykte at de tenkte avlastning i kortere perioder ville gi dem rom for hvile og overskudd.

McCabe et al. (2016) legger frem at omsorgspersonene føler en reduksjon i egen helse. De opplever ensomhet, isolasjon, redusert evne til å ta vare på egen helse og økt hyppighet av infeksjoner. Det påpekes at det gir omsorgspersonene dårligere muligheter til å ta vare på den syke når omsorgspersonen ikke får tatt vare på seg selv. Mulighet for å bearbeide følelser og reaksjoner mente en del deltagere kunne gi god effekt. En del deltagere mente at mulighet for avlastning vil skape rom for å samle overskudd, bearbeide egen helse, dra på ferie og være sosial. Flere av deltagerne brukte korttidsopphold eller andre omsorgspersoner som avlastning.

4.2 Omsorgspersonenes behov for samtalegrupper

Samtlige studier og oversikter inkludert i denne oppgaven pekte på behovet for samtalegrupper der omsorgspersonene må få mulighet til å snakke om opplevelser og få råd

fra mennesker som har den samme rollen for sine nærmeste, samt å kunne ha fagkyndig personell til å supplere med kunnskap.

Lauritzen et al. (2019) er en enkeltstudie som så på effekten og opplevelsene til pårørende som var omsorgspersoner som deltok på samtalegruppe med andre pårørende i samme situasjon. Studien peker på at omsorgspersonene opplever økt selvtillit og følelse av fellesskap. De opplevde også økt bevissthet omkring å opprettholde av verdigheten til den syke og trygghet på det de gjorde i sin omsorgsrolle. Dette ga deltagerne i studien økt velvære og reduserte konflikter i hjemmet, som ga deltagerne økt motivasjon til å fortsette.

Macleod et al. (2017) har foretatt en studie som ser på barrierene for å oppsøke bistand og hjelp fra ulike tjenester. Deltagerne uttrykker at en av barrierene for å oppsøke tjenester er blant annet at de opplever at samtalegrupper var utilgjengelig for dem, enkelte deltagere visste ikke at samtalegrupper eksisterte. Deltagerne opplevde helsevesenet og tjenester som lite fleksible og utilgjengelig, som skapte mistillit til at tilbudene var relevante for dem. Studien kom frem til at sentrale elementer for at omsorgspersonene skulle oppsøke tjenestene som fantes, var at de hadde tro på omsorgsrollen de hadde og at omsorgspersonen benyttet seg av tjenester.

Steenfeldt et al. (2021) konkluderte at omsorgspersonene har behov for støttegrupper for å få anerkjennelse for omsorgen man gir, og kunne dele erfaringer med andre. Deltagerne opplevde å få økt selvtillit ved å få anerkjennelse, og ved å bidra til å løse andre deltagers utfordringer. Deltagerne uttrykte også at deltagelsen i samtalegrupper ga dem samhold og mulighet til å være sosial. Deltagerne følte seg mindre ensom og isolert etter å ha deltatt på samtalegrupper. Disse faktorene ga deltagerne større motivasjon til å opprettholde omsorgen. I motsetning til å være sosial med venner eller familie, ga det å delta i samtalegruppe mindre dårlig samvittighet for å være vekke fra den syke.

Mueller et al. (2022) har laget en systematisk oversikt som har tatt for seg 31 enkelt studier. Deltagerne var pårørende og hadde en omsorgsrolle for en person med demens. Det var ikke noen kriterier for hvor personen med demens bodde. Oversikten har personer som bor hjemme, på avlastningshjem, på sykehjem og på et korttidsopphold. Det var likevel en

overvekt av studier gjort på hjemmeboende personer med demens (20 av 31 studier). Oversikten indikerer at omsorgspersonene har behov for støtte og tilgang til ressurser, uavhengig av hvor den syke bodde og hvor stor omsorgsrollen var. 23 av 31 studiene pekte på å øke kunnskapen omsorgspersonene får, og 26 av 31 studier pekte på et økt behov for samtalegrupper og tilgang til tjenester felleskapet tilbyr. Studiene peker på at det oppleves et behov for samtalegrupper, fordi omsorgspersonene ønsker å diskutere og dele erfaringer. Deltagerne som ønsket dette følte seg isolerte og nedtrykt av usikkerhet omkring sin evne til å være omsorgsperson, grunnet mangel på forståelse for deres erfaringer.

McCabe et al. (2016) kom frem til at omsorgspersoner har et udekket behov for å kunne ha en arena for å snakke om reaksjoner og følelser. En del omsorgspersoner ble sittende med opplevelser fra omsorgsrollen alene, som førte til at deltagerne opplevde usikkerhet omkring at de gjorde rett i omsorgsrollen. I tillegg følte de seg isolert og alene i kampen mot sykdommen som en av sine nærmeste hadde. Flere av deltagerne uttrykte vanskeligheter med å håndtere irritasjon og aggresjon fra den syke, i tillegg til å få fagkunnskap om hvordan å håndtere det ønsket de å høre erfaringer fra personer som hadde opplevd det samme. Deltagerne tror at en arena for å kunne være sosial og snakke om opplevelser ville skape en følelse av å være mindre alene og gi økt motivasjon for å opprettholde omsorgen.

4.3 Omsorgspersonenes behov for tilpassete tjenester og bistand

Macleod et al. (2017) påpeker at manglende eller utilgjengelig informasjon var opprettholdende faktorer for at omsorgspersoner ikke oppsøkte hjelp eller tok imot hjelp fra offentlige og private tjenester. Deltagerne i studien uttrykte også at de opplevde kvaliteten på tjenestene som mangelfulle, sammen med at de opplevde mistillit til tjenestene og lav fleksibilitet som opprettholdende faktorer for å unngå å ta imot hjelp.

Deltagerne i studien sa derimot at tilgjengelige fagpersonell, og at man opplevde å ha en dialog ville det tilrettelegge for at omsorgspersoner ønsket å oppsøke bistand.

Steenfeldt et al. (2021) kom frem til at omsorgspersoner savner og har behov for tilrettelagt informasjon. Informasjonen må være tilpasset deres individuelle behov og kompetanse.

Mueller et al. (2022) legger frem funn som tyder på at personer som har en omsorgsrolle for en person med demens, uavhengig av hvor den syke bor, har behov for tilgang til ressurser og støtte. Disse behovene inkluderer informasjon om sykdommen, støtte og validering, omsorgsteknikker, og tjenester som kan hjelpe omsorgspersonen med å håndtere reaksjoner knyttet til omsorgen for den syke.

McCabe et al. (2016) sier at omsorgspersonene har et udekket informasjons- og kunnskapsbehov. Det innebærer at de ønsker mer informasjon og kunnskap om demenssymptomer, progresjon og hvordan å håndtere demenssymptomene. Flertallet av enkeltstudiene uttrykker at det er vanskelig å få tak i informasjon. Det var enkelte studier som peker på at omsorgspersonene opplever å bli overveldet av informasjon og tjenester til en slik grad at det hemmer de. Samtlige deltagerne foretrakk å kunne ha tilgang til informasjon, og ønsket informasjon som var mest rettet mot progresjon på sykdommen. Det ville gi deltagerne en trygghet å vite at informasjon og kunnskap var tilgjengelig om nødvendig.

McCabe et al. (2016) sier videre at omsorgspersonene opplever at hverdagsoppgaver som økonomi, husarbeid, handle, og opprettholde ADL for den syke er vanskeligere å gjennomføre en tidligere. De opplever at mengden med oppgaver blir for stor, og ser for seg at bistand til oppgaver i hjemmet, vil gjøre hverdagen overkommelig og gi følelse av å kunne gjøre de gjenværende oppgavene på en tilfredsstillende måte.

Deltagerne ga beskjed om at de syns den formelle støtten fra helsepersonell var inkonsekvent og ukoordinert, som førte til at deltagerne opplevde helsevesenet som utilgjengelig og lite fleksibel. Deltagerne ytret et ønske om at helsevesenet ga rom for en fast kontakt, tilgjengelighet gjennom hele sykdomsforløpet og at kontakten var fleksibel etter omsorgspersonens behov.

5 Drøfting

Drøftingskapittelet handler om hva funnene man har funnet betyr. I dette kapitlet tolker forfatteren funnene, vurderer hvordan resultatene svarer på problemstillingen, samt legger frem mønstre og sammenhenger fra forskningen og teorien som foreligger. Drøftingen skal også redegjøre for forskningsmetoden, med fokus på svakheter og hvilke konsekvenser disse kan ha for hvordan resultatene kan tolkes. (Thidemann, 2020, s. 69). I dette kapitlet skal jeg drøfte resultatene opp mot tidligere forskning, dagens standard og teoriene til sykepleieteoretikeren Kari Martinsen.

5.1 Pårørendes helse

Pårørende opplever at rollen som omsorgsperson er en oppgave de må gjøre (Macleod et al., 2017). Dette underbygges også av Fjørtoft (2019, s. 104) som sier at pårørende opplever at helsevesenet ikke strekker til og at den syke gir uttrykk for størst trygghet hos sine nærmeste, og derfor må pårørende ta ansvar. Pårørende opplever ofte det som en byrde å ha dette ansvaret, men påtar den rollen på grunn av de føler det er en plikt som pårørende (Macleod et al., 2017). For andre kan det oppleves som en fin ting å gjøre for noen de er glad i. Noen opplever det som en måte å gi tilbake eller at det er en måte å sørge for at sine nærmeste får den beste behandlingen. (Fjørtoft, 2019, s. 104).

Pårørende gir ofte avkall på sosiale settinger for å ta hensyn til den syke. Dette for å skåne den syke, de selv og de rundt seg. Pårørende gir ofte opp sine egne behov som en konsekvens av dette. (Fjørtoft, 2019, s.110-111). Pårørende rapporterer om redusert helse som følge av omsorgsansvaret for en med demens ved at de utsettes for isolasjon og redusert kapasitet til å ivareta egen helse. (McCabe et al., 2016; Steinfeldt et al., 2021). Mennesket kan ikke leve i isolasjon fra andre mennesker, spesielt om man utsettes for lidelse eller funksjonshemming. Sykepleiere har dermed et direkte ansvar for pårørende sin helse i følge Kari Martinsens omsorgsteori (Kirkevold, 1998, 169). Sykepleiere er i en unik posisjon gjennom kunnskapen som kommer fra profesjonen til å bruke problemer og reaksjoner til å generere respons. Det er denne responsen som gjør sykepleiere unike for omsorg for pårørende (Mathisen, 2017, s 152). Demens rammer pårørende nesten like hardt som den

syke, de blir ofte kalt «sykdommens skjulte offer». Det å gi regelmessig oppfølging av pårørende kan redusere følelsen av å være alene. (Fjørtoft, 2019, s. 110-111).

En del av omsorgspersonene opplever hverdagen med personen med demens som uforutsigbar, noe som resulterte i at de fikk en følelse av å miste kontroll. Denne opplevelsen av å miste kontroll kan føre til redusert selvtillit og redusert motivasjon for å opprettholde pleien for den syke. (Lauritzen et al., 2019). Dette støttes også av Macleod et al. (2017) som sier at omsorgspersonenes udekte behov når det gjelder å stole på egne ferdigheter fører til at man bruker krefter som man kunne brukt på den syke til å pleie sin egen usikkerhet. Det er liten tvil om at en del pårørende opplever omsorgsrollen som utfordrende og belastende, men en del pårørende erfarer at omsorgsrollen er givende og noe de har lyst til å gjøre. (Fjørtoft, 2019, s 104).

5.2 Pårørendes behov for støtte og felleskap

Inntrykket jeg har fått i samtaler med pårørende som har hatt ansvar for en med demens er at omsorgsrollen ikke bare er fysisk krevende, men også gir pårørende sorg- og skyldfølelse. Det er i likhet med Fjørtoft (2019, s.110) som sier at det at den syke blir gradvis dårligere og mister gradvis deler av sin personlighet fører til at pårørende kan oppleve å miste en sine kjære bit for bit. Pårørende har derfor behov for å uttrykke følelser og opplevelser med andre (McCabe et al., 2016). Det støtten man får fra personer i lignende situasjon gir en følelse av at man ikke står alene i omsorgen (Fjørtoft, 2019, 111). Steinfeldt et al. (2021) underbygger denne påstanden og sier videre at pårørende som deltar i samtalegrupper opplever trygghet på at deres reaksjoner er naturlig og betryggelse på at hvis sykdommen utvikler seg vil man kunne få den nødvendige støtten. Støtten ligger hovedsakelig i at man føler man blir forstått i sine bekymringer, noe som gir samtalegruppe en så stor verdi (Smebye, 2020, 282).

Samtalegrupper ga deltagerne fokus på å ivareta integriteten til den syke og unngå konflikter, noe som førte til at omsorgspersonene fikk inntrykk av at det ga den syke økt velvære. Som igjen førte til at omsorgspersonene fikk økt motivasjon til å fortsette pleien. (Lauritzen et al., 2019). Utfordringer knyttet til isolasjon ser man oftere når hjelpebehovet til den syke øker (Fjørtoft, 2019, s. 111). Kombinasjonen av at den syke krever mer tid fra

omsorgspersonen så opplever omsorgspersonen økt andel isolasjon samsvarer godt med Kirkevold (1998, s.169) som sier at avhengigheten av andre øker i takt med tilstedeværelse av sykdom og funksjonsnedsettelse. Den syke klarer ikke i like stor grad å gi sosial nærhet. Forholdet er ikke lenger likeverdig, den ene blir avhengig av den andre. (Fjørtoft, 2019, s 110). Samtalegrupper ga deltagerne også et element av sosial nærvær og følelse av å være en del av et felleskap (Steenfeldt et al., 2021). Samtalegrupper er viktig for å redusere ensomhet bekrefter Steenfeldt et al. (2021) videre i sin systematiske oversikt. McCabe, et. al. (2016) sier derimot at tid og støtte fra familie var viktig for å opprettholde motivasjon og kunne motvirke ensomhet. Det er derimot lettere å få aksept hos den syke for å oppsøke samtalegrupper enn venner og familie (Macleod et al. 2017). Da den syke opplevde å føle seg mindre verdsatt om man var mye med familie og venner. Macleod et al. (2017) poengterte videre at pårørende kunne oppleve motstand om å delta fra den syke om de ikke ble involvert i avgjørelsen. Pårørende kunne også oppleve konflikter og forverring av hjemmesituasjonen om omsorgspersonen deltok i samtalegrupper i det skjulte (Lauritzen et al., 2019). Personer med demens som hadde omsorgspersoner som jevnlig deltok i samtalegrupper og veiledningsgrupper hadde færre innleggelse på sykehjem og avlastning enn syke som ikke hadde pårørende som deltok samt at omsorgspersonene rapporterte om mindre depresjon (Smebye, 2020, s. 283)

Rekrutteringen til samtalegrupper kan være utfordrende da flere pårørende sier de ikke har tid til å delta. De anser ikke samtalegrupper som verdifullt nok, og at det da blir en ekstra belastning i en allerede hektisk hverdag, mens andre opplever samtalegrupper som at man utleverer noen man er glad i. (Smebye, 2020, s. 283). En annen grunn til at pårørende ikke benytter seg av samtalegrupper er at informasjon om gruppene er vanskelig å finne eller er av dårlig kvalitet (Macleod et al., 2017). Sykepleiere kan fokuserte på at deltagelse i gruppesamtaler er underlagt taushetsplikt for alle som deltar samt at fokuset ikke er å undergrave den syke, men pårørendes behov for støtte og samhold som står i fokus. Hvis man som sykepleier har personlig kontakt med pårørende kan det være lettere å diskutere usikkerheter og kunne motivere til deltagelse. Det å rette fokus mot pårørende kan gjøre at de kan stå lengre i omsorgsrollen (Smebye, 2020, s. 283). Sykepleiere gir best omsorg om de ser alle omstendighetene knyttet til den syke (Kirkevold, 1998, s. 169). I en situasjon med en

med demens som får pleie av pårørende i hjemmet vil det å hjelpe pårørende til å utøve den beste pleien være et viktig fokus område.

5.3 Informasjon og hjelp fra helsevesenet

Pårørende som er omsorgspersoner for hjemmeboende personer med demens hadde behov for formell hjelp fra helsevesenet (McCabe et al., 2016). Macleod et al. (2017) følger denne oppfatningen opp med å si at pårørende anser det som et vesentlig moment at man har en kontaktperson eller et kontaktpunkt man kan kontakte om nødvendig. Dette gjorde at omsorgspersonene fikk en følelse av trygghet, selv om de ikke benyttet seg av det. Som igjen førte til at de opplevde denne tryggheten som en tilrettelegger for at de involverte helsevesenet i omsorgen. Kontaktpunktet i helsevesenet måtte inneha kunnskap om demens for å kunne bistå med kunnskap om progresjon og omsorgsteknikker. McCabe (2016) sier at pårørende anså det som en mangel for å kunne gi god omsorg at de ikke hadde en fast kontaktperson i helsevesenet og at kontakten med helsevesenet ikke vedvarte etter at demens diagnosen var satt. Mueller et al. (2022) trekker dette funnet videre og sier at det er ikke bare pårørende som hadde omsorgsrolle for hjemmeboende personer med demens som har behov for informasjon om sykdommen og omsorgsteknikker, men at dette gjelder uavhengig av hvor stort ansvar pårørende har for den syke og hvor den syke bor. Med andre ord har pårørende dette behovet uavhengig om den syke bor hjemme, har avlastning eller bor på sykehjem i følge Mueller et al. (2022). Helsevesenet oppleves som lite fleksibelt og ukoordinert (McCabe et al., 2016). Hvis tilbudet fra helsevesenet var lite fleksibelt og av dårlig kvalitet kan det skape mistillit til helsevesenet. Dette førte til at omsorgspersonene lot hver å søke hjelp om behovet skulle tilsi det, og ble en opprettholdende barriere mellom omsorgspersonene og helsevesenet. (Macleod et al., 2017).

Omsorgspersoner har behov for informasjon og kunnskap om demens for å kunne yte optimal omsorg (Steenfeldt et al., 2021). Det må være kunnskap knyttet til demenssymptom og progresjon, samt hvordan man skal håndtere symptomene (McCabe et al., 2016; Mueller et al., 2022). Mueller et al. (2022) påpeker videre at behovet for informasjon er tilstede uavhengig av hvor mye omsorgsansvar pårørende har. Omsorgspersoner kunne oppleve det som en barriere for å oppsøke helsehjelp om de ikke fikk informasjon om sykdommen, progresjon og omsorgsteknikker (Macleod et al., 2017). Noen omsorgspersoner rapporterer

likevel om at de fikk så mye informasjon at det hemmet dem til å kunne benytte seg av det (McCabe et al., 2016). Alt tatt i betraktning ønsket omsorgspersonene likevel at det ble gitt løpende informasjon og var åpent for informasjon. Selv om man ikke benyttet seg av informasjonen ga det omsorgspersonene en trygghet (McCabe et al., 2016). Sykepleiere er likevel i en unik posisjon gjennom sin profesjon ved at de innehar kunnskapen til å analysere reaksjoner og utfordringer mennesker møter ved å ha en sykdom (Mathisen, 2017, s. 152). Dette gir sykepleiere en mulighet til å kunne hjelpe pårørende i å forstå deres nærmeste sine handlinger og på den måten kunne gi både den syke og omsorgspersonen en lettere hverdag.

Pårørende opplever tap av egentid i omsorgen av den syke (Steenfeldt et al., 2021). De må ofte gi avkall på egeninteresser og -tid (Fjørtoft, 2019, s. 110). McCabe et al. (2016) sier at enkelte studier peker på at pårørende opplever god effekt av at den syke får korttidsplass eller drar på avlastning i kortere perioder. Dette ga omsorgspersonen mulighet til å være med venner og slappe av uten bekymring for at noe skulle skje med den syke. Dette ga rom for at omsorgspersonen kunne gjenvinne overskudd og motivasjon, som igjen førte til at pleien av den syke kunne opprettholdes og den syke kunne bo lengre hjemme. Funnene støttes av Steinfeldt et al. (2021) som sier at pårørende finner ikke rom for å ta vare på egen helse mens de har omsorg for en med demens. Pårørende sier at selv avlastning på på korttidsykehjem og dagsenter ga pårørende mulighet til å ta vare på egen helse og dermed ha motivasjon til å fortsette pleien av den syke. McCabe et al. (2016) gjorde funn i enkeltstudier på at bistand til å få gjennomført ADL, husarbeid, håndtere irritasjon og aggresjon kunne gi omsorgspersonene nødvendig avlastning for å ikke føle seg utbrent.

5.4 Litteraturstudie som metode

Ved å utføre en litteraturstudie baserer man seg på forskning skrevet av andre. Det innebærer at man tolker innholdet i allerede utført forskning, det kan ta oppstå tolkningsfeil. Det stiller krav til å ha god evne til å kritisk vurdere forskningen. Alle artiklene er skrevet på engelsk, men forskningen er utført i et bredt spekter av land. Dette setter krav til den enkelte forskeren om å bruke passende engelske termologi for å legge frem korrekt innhold fra forskningen. Det kan dermed forekomme avvik fra opprinnelig funn til innhold i artiklene.

Artiklene brukt i litteraturstudien har jeg oversatt til norsk for å kunne brukes. Selv om jeg behersker engelsk godt, så er det ikke mitt morsmål som kan føre til feil oversetting og feiltolkning.

3 av 5 artikler brukt er systematiske oversikter som betyr at det er sekundærkilder som er basert på flere enkeltstudier (Thidemann, 2020, s.70). Dette innebærer at forskere tolker enkeltstudiene som kan føre til avvik fra dens opprinnelige betydning. Systematiske oversikter er underlagt strenge kvalitets- og utvalgs-kriterier samt at det er en sammenstilling av flere resultater innenfor forskningsfeltet, som gir systematisk oversikt en sikkert grunnlag for å trekke konklusjoner (Thidemann, 2020, s. 70). Siden systematiske oversikter er en sammenstilling av flere enkeltstudier, har ofte enkeltstudiene som er inkludert, eldre opprinnelse enn den systematiske oversikten. Dette påvirker alderen til den systematiske oversiktens funn og konklusjon. Dette kan gi risiko for at funnene er utdatert. Ved å kombinere systematiske oversikter og enkeltstudier, kan man oppnå sterkere evidens på at elementer i systematiske oversikter gjelder fortsatt om enkeltstudier av nyere dato har samme utfall.

Artiklene er funnet ved hjelp av inkluderings- og ekskluderingskriterier. Strenge kriterier kan føre til at funnene har stor relevans for oppgaven, men kan også risikere å gå glipp av andre relevante artikler. Mindre strenge kriterier kan gjøre at man får flere treff og dermed større omfang av relevante artikler. Det vil også kunne føre til at relevante artikler forsvinner i mengden. Mueller et al. (2022) har derimot med deltagere som ikke har omsorgsansvar for en med demens og/eller personer med demens som bor på sykehjem. I den systematiske oversikten er 20 av 31 studier gjort kun på omsorgspersoner som har omsorgsrolle for hjemmeboende personer med demens, og ytterligere 9 artikler tar utgangspunkt i pårørende som har omsorgsansvar for en med demens. Representasjonen av deltagere som treffer problemstillingen og inklusjonskriteriene er stor nok til at den vurderes som relevant på tross av avviket.

Det er brukt 3 databaser. Det kan gjøre at man går glipp av relevante artikler fra andre databaser. I følge helsebiblioteket (u.åa; u.åb; 2021b) er de valgte databasene de mest relevante for å besvare problemstillingen i denne oppgaven. Artiklene som er brukt treffer

godt med problemstillingen og databasene er relevante for problemstillingen, dette gjør meg trygg på at de inkluderte artiklene er gode nok.

6 Konklusjon

Pårørende som har omsorgsansvar for hjemmeboende personer med demens, har økt risiko for å utvikle depresjon, redusert fysisk og psykisk helse. Pårørende opplever ensomhet, isolasjon, forstyrret døgnrytme og redusert evne til å ta vare på egen helse, da omsorgsansvaret er tidkrevende. Omsorgen for den syke er konstant og pågår hele døgnet. For å ivareta pårørende som har omsorgsrolle, kan man som sykepleier bistå med kunnskap og undervisning om sykdommen, progresjon og omsorgsteknikker. Hvis pårørende hadde en kontaktperson eller kontaktpunkt så skapte det en trygghet som gjorde at de kunne stå i omsorgsrollen lengre.

Pårørende som deltok i gruppesamtaler fikk en følelse av å bli forstått, oppleve felleskap og fikk råd om omsorgsteknikker. Deltagerne som deltok fikk større motivasjon til å være omsorgsperson og kunne stå lengre i omsorgen. De opplevde også sjeldnere depresjon og isolasjon. Det var lettere å få aksept fra den syke om å delta i gruppesamtaler enn å være med venner og familie.

Hvis omsorgspersonen fikk avlastning ved at personen med demens var på korttidsopphold eller dagsenter ga det pårørende tid til å være med venner og familie, og gjenvinne overskudd. For å ivareta pårørende som har omsorgsrolle, kan man som sykepleier bistå med kunnskap og undervisning om sykdommen, progresjon og omsorgsteknikker, oppfordre til gruppesamtaler og tilrettelegge for avlastning i kortere perioder. Pårørende må bli sett, bli vist omsorg til, og få støtte i prosessen.

7 Litteraturliste

Engedal, Knut. (2022, 6.oktober) *Demens*. I store medisinske leksikon på snl.no.

Hentet 25.oktober 2022 fra <https://sml.snl.no/demens>

Fjørtoft, A. K. (2019). *Hjemmesykepleie ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.).

Fagbokforlaget

Fossum, Sigbjørn & Engedal, Knut. (2020, 24. april) *Aldring – medisin*.

i Store medisinske leksikon på snl.no. Hentet 26. oktober 2022 fra

<https://sml.snl.no/aldring - medisin>

Helsebiblioteket. (2018, 11. desember). *Kritisk vurdering*

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no? ts=1552af4e162#4kritisk-vurdering>

Helsebiblioteket. (2021a, 17. september). *Sjekklister*

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklister>

Helsebiblioteket. (2021b, 20. januar). *Cinahl*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/cinahl>

Helsebiblioteket. (2021c, 30.september). *PICO*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#2sporsmalsformulering-21-pico>

Helsebiblioteket. (u.åa). *Medline*. Hentet 12.februar 2023 fra

<https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/medline/>

Helsebiblioteket. (u.åb). *Cochrane library*. Hentet 12.februar 2023 fra

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/cochrane-library>

Høgskulen på vestlandet (2020, 23. August). *Rettleiar for bacheloroppgåva ved fakultet for helse- og sosialvitskap (FHS)*. Hentet 18. Oktober 2022 fra:

<https://hvl.no/student/eksamen/heimeeksamen-og->

[oppgaveskriving/rettleiar-for-bacheloroppgava-ved-fhs/](https://hvl.no/student/eksamen/heimeeksamen-og-oppgaveskriving/rettleiar-for-bacheloroppgava-ved-fhs/)

Kirkevold, M. (1998) *Sykepleierteorier – analyse og evaluering* (2.utg.). Gyldendal akademisk.

Lauritzen, J., Bjerrum, M. B., Pedersen, P. U., & Sørensen, E. E. (2019). Support groups for carers of a person with dementia who lives at home: A focused ethnographic study. *Journal of advanced nursing*, 75(11), 2934–2942.

<https://doi.org/10.1111/jan.14151>

Macleod, A., Tatangelo, G., McCabe, M., & You, E. (2017). "There isn't an easy way of finding the help that's available." Barriers and facilitators of service use among dementia family caregivers: a qualitative study. *International psychogeriatrics*, 29(5), 765–776.

<https://doi.org/10.1017/S1041610216002532>

Mathisen, J. (2017) *Sykepleiehistorie – ideer – mennesker – muligheter* (2.utg.).

Gyldendal akademisk

McCabe, M., You, E., & Tatangelo, G. (2016). Hearing Their Voice: A Systematic Review of Dementia Family Caregivers' Needs. *The Gerontologist*, 56(5), e70–e88.

<https://doi.org/10.1093/geront/gnw078>

Universitetet i Agder. (2022, januar). *MeSH på norsk – begreper innen medisin og helsefag*

I uia <https://mesh.uia.no/>

Mueller A, Thao L, Condon O, Liebrecht D, Fields B. A Systematic Review of the Needs of Dementia Caregivers Across Care Settings. *Home Health Care Management & Practice*. 2022;34(2):133-147. <https://doi.org/10.1177/10848223211056928>

Rokstad, A. M. M (2020). Hva er demens?. I K.-L. Smebye (Red.), *Personer med demens møte og samhandling* (2. utg s. 23-50). Cappelen Damm Akademisk

Romøren, T. I. (2015) Eldre, helse og hjelpebehov. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg, S. 29-38)

Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2015) Kognitiv svikt og demens. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2.utg, S. 408-437)

Smebye, K. L (2020). Samarbeid med pårørende. I K.-L. Smebye (Red.), *Personer med demens møte og samhandling* (2.utg s. 268-291). Cappelen Damm Akademisk

Steenfeldt, V. Ø., Aagerup, L. C., Jacobsen, A. H., & Skjødt, U. (2021). Becoming a Family Caregiver to a Person With Dementia: A Literature Review on the Needs of Family Caregivers. *SAGE open nursing*, 7, 23779608211029073. <https://doi.org/10.1177/23779608211029073>

Strand, B. H., Vollrath, M. E. M. T., Skirbekk, V. F. (2021, 23. februar). FHI. *Demens* <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>

Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjons boken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.

Thidemann, I.-J. (2019) *Bachelor-oppgaven for sykepleierstudenter:*

Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving. (2.utg.). Universitetsforlaget.

Vedlegg 1 PICO skjema

	P Person/ Pasient/ Problem	I Intervensjon/ eksponering	C Evt sammenligning	O Utfall
Norske søke ord	<ul style="list-style-type: none"> • Pårørende over 18 år • Hjemmeboende • Pårørendeomsorg • Familiesykepleie • Demens hos 65 år og over 	<ul style="list-style-type: none"> • Oppfølging • Psykosial støttesystem • Hjemmesykepleie 		<ul style="list-style-type: none"> • Ivaretagelse av pårørende • Bedre samarbeidet mellom pasient og pårørende
Engelske søke ord	<ul style="list-style-type: none"> • Relatives • Family • Nonprofessional home care • Home nursing • Family nursing • Dementia • 65 years and above • Elderly 	<ul style="list-style-type: none"> • Recontact • Duty to follow up • Sosial support system • Psychological support system 		<ul style="list-style-type: none"> • Compliant behavior • Cooperative behavior

Vedlegg 2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Publiseringsår	<ul style="list-style-type: none"> • 2012 til 2022 	<ul style="list-style-type: none"> • Eldre enn 2012
Språk	<ul style="list-style-type: none"> • Norsk • Engelsk • Dansk • Svensk 	
Populasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Pasienter med demens • Pasienter som bor hjemme • Pasienter 65 år og oppover • Pårørende som er pleieyttere for personer med demens 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasienter med kognitiv svikt • Pårørende som ikke er pleieyttere • Pårørende som pleier personer med andre diagnoser
Intervensjon	<ul style="list-style-type: none"> • Sykepleietiltak • Kartlegging av psykisk påkjennelse for pårørende 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiltak som ikke utføres av sykepleier.
Studiedesign	<ul style="list-style-type: none"> • Systematiske oversikter • Kvalitative studier 	

Vedlegg 3 Søkehistorikk Medline

Medline	Søkeord	Antall treff	Lest abstract	Lest i fulltekst	Artikler inkludert
1	«Social support» OR «psychological support»	124 859			
2	«Dementia»	169 604			
3	«Nursing»	1 007 944			
4	«Caregiver»	103 400			
5	«Homecare» OR «home care»	83 976			
6	«next to kin» OR «family»	1 516 739			
7	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5 AND 6	109			
8	Limit 7 to english and 2012-2023	67			
9	Limit 8 to 65+ years	39	8	6	2

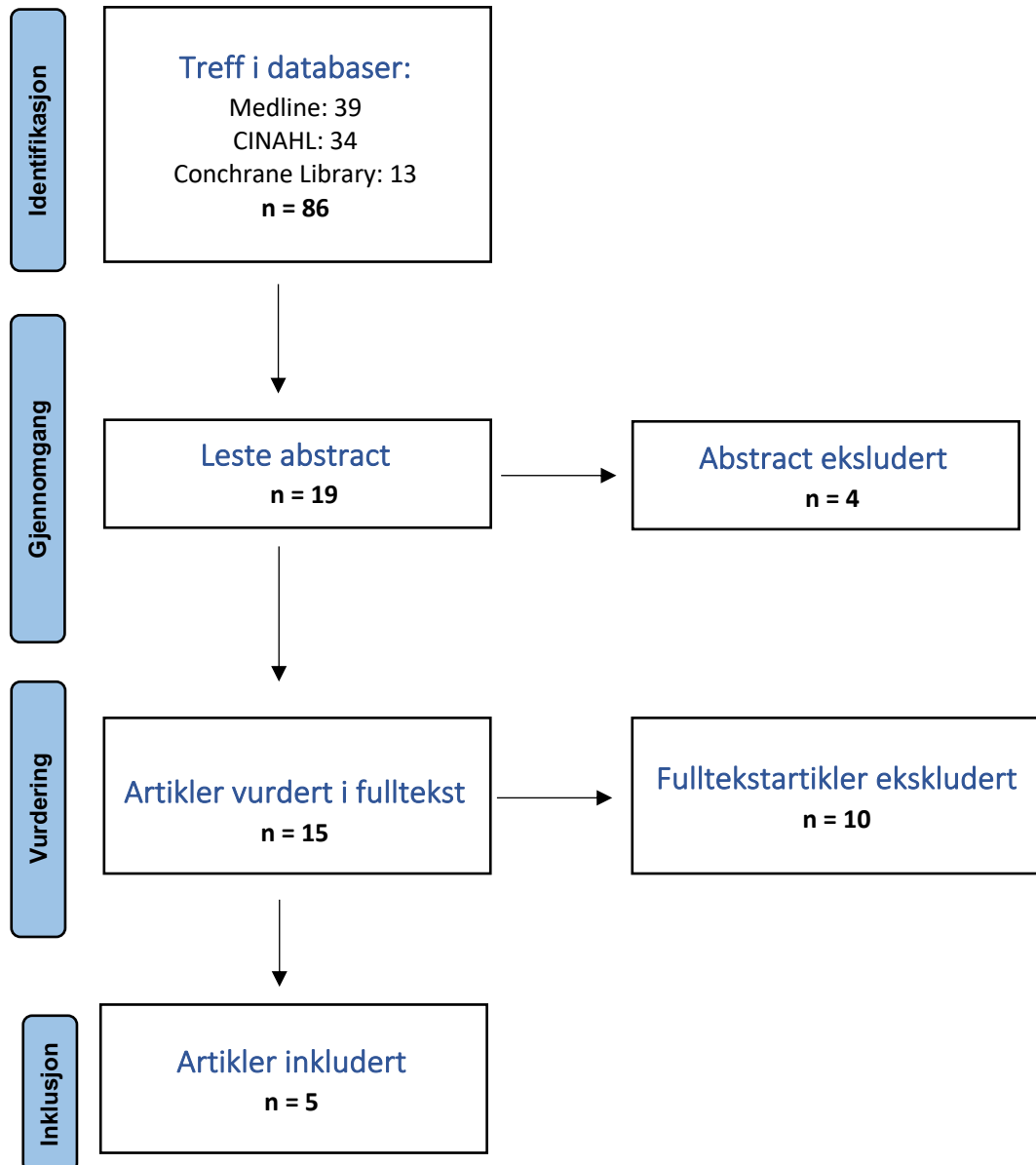
Vedlegg 4 Søkehistorikk CINAHL

CINAHL	Søkeord	Antall treff	Lest abstract	Lest i fulltekst	Artikler inkludert
1	«Dementia»	77 544			
2	«Next to kin» OR family	391 704			
3	«homecare» OR «home care»	63 361			
4	«nursing»	760 982			
5	«social support» OR «psychosocial support»	70 263			
6	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	49			
7	Limit 6 to year 2012-2023 and english	34	6	5	3

Vedlegg 5 Søkehistorikk Conchrane Library

Conchrane Library	Søkeord	Antall treff	Lest abstract	Lest i fulltekst	Artikler inkludert
1	«Dementia» WITH WORD VARIATIONS	29 264			
2	«Caregiver» WITH WORD VARIATIONS	19 247			
3	«Homecare» WITH WORD VARIATIONS	422			
4	1 AND 2 AND 3	14			
5	Limit 4 to english and years 2012- current	13	5	4	0

Vedlegg 6 Prisma flow diagram



Vedlegg 7 Resultatmatrise

Metode				Resultat		Kvalitetsvurdering	
Tittel	Studiedesign	Utvalg/populasjon	Hensikt	Funn/konklusjon	Relevans	Styrker og svakheter	Etiske overveielser
Publiseringsår Forfatter (e) Land Tidsskrift							
Support groups or carers of a person with dementia who lives at home: A focused ethnografic study 2019 Lauritzen J, Bjerrum MB, Pedersen PU, Sørensen EE Danmark	Fokusert etnografisk design	Det er foretatt intervju med 25 personer som har omsorg for hjemmeboende personer med demens. Omsorgspersonene er pårørende til den syke De er fordelt på 4 ulike støtteorganisasjoner for pårørende til hjemmeboende personer med demens. Støtteorganisasjonen er ikke representasjon av	Hensikten med studien er å kartlegge om pårørende til hjemmebo ende personer med demens opplever effekt av å gå til samtalegr upper og hvilken positiv	Studien peker på at omsorgspersonen e opplever selvtillit og trygghet i sin rolle ved å høre erfaringer og opplevelser fra andre i samme situasjon. Omsorgspersonen e uttrykte følelse av felleskap og tilhørighet gjennom å delta De opplevde å få større bevissthet og kunnskap om å	Studien viser en effekt 25 personer uttrykker å ha opplevd at samtalegrupper. Som sykepleier står man i en posisjon der man har troverdighet man foreslår tiltak og synspunkter. Så i seg selv kan sykepleieren stille seg trygg bak å arrangere samtalegrupper, men også oppfordre til å oppsøke slike tilbud.	Styrker: Studien er foretatt med at deltagerne kan snakke fritt og uten ledende temaer eller spørsmål, den fokuserer på hver enkelt deltager sin subjektive mening Det opplyses at det ikke var noen interessekonflikter involvert i studien. Deltagerne følges over 1 år som er et positivt intervall. Det sies ikke noe om antall ganger de møtes gjennom det året, men oppleves som	Det står ikke at det er foretatt etiske overveielser. Artikkelen er publisert i Medline som er en anbefalt søkemotor for sykepleierrelaterte problemstillinger, samt at den er publisert i leading global nursing research

Journal of advanced nursing		forskjellig tiltak rettet mot den aktuelle pårørende, kun brukt som en måte å finne deltagere til studien.	effekt de opplever.	ivareta integriteten til den syke og unngå konflikter. Dette opplevde deltagerne ga økt velvære for omsorgspersonens som igjen førte til økt motivasjon for å fortsette. Deltagerne opplevde konflikter med den syke om de skjulte deltagelsen i samtalegruppene.	Studien trekker direkte link til at helsepersonell kan økte omsorgspersonens velvære ved å fokusere på de positive omsorgsopplevelsene. Studien er utført i Danmark som har en relativt likt helsevesen.	nok til å gi en opplevelse av forskjell fra å ikke delta. Svakheter: Det er ikke så mange deltagere, og få representasjoner av ulike samtalegrupper Står heller ikke om deltagerne har hatt mulighet til å påvirke hverandre eller snakke sammen mens kartleggingen foregikk.	
«There isn't an easy way of finding the help that's available». Barriers and facilitators of service use among dementia family	Kvalitativ studie, tematisk analyse	Det er foretatt semistrukturerte intervjuer med 24 omsorgspersoner for hjemmeboende personer med demens. 12 partnere av den syke og 12 avkom av	Hensikten med studien er å kartlegge hvorfor omsorgspersoner ikke	Pårørende til personer med demens uttrykker å ha betydelig udekkede behov i forhold til deres omsorgsrolle, men er motvillig til å	Studien kan hjelpe sykepleiere til å bedre forstå pårørendes perspektiver på tjenestebruk og deres erfaringer med omsorgsrollen.	Styrker: Studien brukte semistrukturerte intervjuer med pårørende og analyserte dataene ved hjelp av tematisk analyse. Dette gir en god forståelse av pårørendes erfaringer	Det står ikke at det er foretatt etiske overveielser. Artikkelen er publisert i Medline som er en anbefalt søkemotor for sykepleierrelaterte problemstillinger i tillegg

<p>caregivers: a qualitative study</p> <p>2017</p> <p>Macleod A, Tatangelo G, McCabe M, You E.</p> <p>Australia</p> <p>International psychogeriatrics</p>		<p>den syke. Totalt 18 kvinner og 6 menn</p> <p>Intervju objektene er personer som enten har avvist bistand i omsorgen av den syke eller ikke har oppsøkt hjelp for å håndtere hverdagen med den syke.</p>	<p>benytter seg av bistand og støtte når de yter omsorg for en av deres nærmeste som har demens mens de bor hjemme.</p>	<p>bruke tjenester for å redusere byrden.</p> <p>Omsorgspersonene uttrykte 6 barrierer for å ikke oppsøke bistand i sin omsorgsrolle og 3 tilretteleggere for å gjøre det lettere å oppsøke hjelp.</p> <p>Barrierene var: Manglende evne til å finne informasjon om relevante tjenester og støtte. Dårlig kvalitet eller mistillit til tjenestene. Tjenestenes manglende fleksibilitet. Omsorgspersonenes tro på deres</p>	<p>Dette kan hjelpe sykepleiere til å identifisere barrierer og tilretteleggere for å tilby passende bistand for pårørende.</p> <p>Det som studien konkret la vekt på var å gi informasjon som er relevant: gi rom for pårørende til å oppsøke informasjon, tilpasse seg til pårørendes behov og preferanser, støtte opp under rollen pårørende har på seg som omsorgsperson.</p>	<p>med tjenestebruk og deres perspektiver.</p> <p>Studien tar utgangspunkt i pårørende som har omsorgsrolle og bor sammen med en person med demens som treffer direkte på problemstillingen i min oppgave.</p> <p>Svakhet: Det er relativt få deltagere som kan føre til for lite representasjon av befolkningen. Studien inneholder kun 6 menn kontra 18 kvinner. Som betyr at det er 25% menn, det kan skape en skjevhet i opplyste preferanser og opplevelser for omsorgspersonene. Studien tok både for seg de som hadde avslått</p>	<p>til at den opprinnelig er publisert ved Cambridge University</p>
---	--	--	---	--	---	---	---

				<p>forpliktelser til omsorgsrollen. Motstand fra omsorgsmottakeren.</p> <p>Tilretteleggere for godt samarbeid var: Å ha god kommunikasjon med omsorgsmottakeren. Ha fagpersonell eller andre med kunnskap om demens som et kontaktpunkt om nødvendig. Ha tro på omsorgsrollen</p>		<p>bistand og de som ikke hadde oppsøkt bistand, det gjør at populasjonen blir ytterligere svekket i form av representasjon fra samfunnet. Opplevelsene fra de som ikke oppsøker hjelp kan være annerledes enn de som avslår hjelp.</p>	
Becoming a Family Caregiver to a Person With Dementia: A Literature Review on the	Systematisk oversikt	Oversikten fant 2050 artikler gjennom søk i databaser, etter å ha gjennomgått abstrakt, inkluderings- og ekskluderingskriterier og i lest i fulltekst	Hensikten med denne litteraturgjennomgangen var å identifiser	Oversikten fant ut at pårørende som bor med en person med demens hjemme, opplever større andel isolasjon og	Oversikten er gjort etter artikler med blant annet skandinavisk språk som gir direkte tilknytning til det norske helsevesen	<p>Styrker: Alle artiklene er fagfelle vurdert</p> <p>Oversikten tar kun for seg pårørende som bor med den syke.</p>	<p>Det står ikke at det er foretatt etiske overveielser.</p> <p>Artiklene er fagfellevurdert,</p>

<p>Needs of Family Caregivers</p> <p>2021</p> <p>Steenfeldt VØ, Aagerup LC, Jacobsen AH, Skjødt U.</p> <p>Danmark og Tyskland (støtte fra europeiske regionalutvikling sfondet)</p> <p>SAGE open nursing</p>		<p>inkluderer oversikten 34 artikler. Alle individuelle forskninger. Dette inkluderer totalt 1 757 deltagere.</p> <p>Alle 2010 er nyere.</p>	<p>e og beskrive behovene til pårørende som bor med en person med demens hjemme.</p>	<p>mindre overskudd til å ivareta egen helse. Omsorgspersonene har behov for støtte og informasjon som er tilpasset deres individuelle situasjon. Det er behov for samtalegrupper og andre former for sosial kontakt for å gi pårørende mulighet til å dele sine erfaringer, få støtte fra andre i lignende situasjon og være en del av et felleskap. Omsorgspersonene har også behov for avlastning eller aktiviteter for å skape rom for hvile og overskudd til å ta vare på egen helse.</p>	<p>I et helsevesen der pårørende skal være primærkilden til pleie og behandling av den syke så kan helsepersonell dekke de behovene pårørende har for å kunne utføre den jobben de er satt til. Gjennom funnene kan sykepleiere bistå med kunnskap om demens, progresjon, tiltak for å håndtere utfordringer som ADL og følelser hos den syke. Sykepleiere kan jobbe for avlastningstilbud og muligheter for den syke og</p>	<p>De har ingen begrensning på hvor gammel artiklene skulle være, selv om den eldste var fra 2010.</p> <p>De har ingen begrensning på forskningsmetode som gir stor sannsynlighet for få med seg forskning som dekker spørsmålet man er ute etter å svare på</p> <p>Svakheter: De har ikke gjort ytterligere kvalitetsvurdering utover fagfelleverdert</p> <p>De begrenser seg til dansk, engelsk, tysk, norsk, spansk og svensk. Er en stor populasjon, men en del artikler blir utelatt likevel. Kan skape en risiko for at</p>	<p>oversikten er publisert i anbefalt søkemotor.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

					omsorgspersonen(e).	man utelater enkelte kulturer og samfunn	
A Systematic Review of the Needs of Dementia Caregivers Across Care Settings. 2022 Mueller A, Thao L, Condon O, Liebzeit D, Fields B. USA Home Health Care Management & Practice	Systematisk oversikt	Oversikten sier ikke konkret hvor mange personer som deltok, men heller at oversikten tar utgangspunkt i 31 artikler. Artiklene som er inkludert har tatt for seg omsorgspersoner i ulike roller og situasjoner for personer med demens uavhengig av hvilken tilknytning de hadde til den syke, personen måtte ha en relasjon og kunne ikke være helsepersonell. Oversikten har inkludert personer med demens som bor hjemme, bor på sykehjem,	Hensikten med denne systematiske oversikten var å identifisere behov for familie og ubetalte omsorgsarbeidere har Artiklene med kvalitetssikret med MMAT-screeningverktøy, hvor de fleste artiklene traff kriteriene	Oversikten viser funn som indikerer at omsorgspersonene til eldre voksne som lever med demens har behov for støtte og tilgang til ressurser, uavhengig av mengde omsorg som blir ytet og hvor den syke får behandling. Disse behovene inkluderer informasjon om sykdommen, opplæring i omsorgsteknikker, sosial støtte og tilgang til tjenester som kan hjelpe dem å takle utfordringene som følger med å ta	Oversikter som denne kan bidra til å øke forståelsen av omsorgsbehovene til eldre voksne med demens og deres omsorgspersoner. Resultatene kan brukes av sykepleiere til å utvikle og implementere bedre omsorgsplaner og intervensjoner for personer med demens og deres omsorgspersoner. Oversikten i seg selv sier ikke konkret hvordan funnene kan implementeres inn mot sykepleien. Heller ikke at den	Styrker: Oversikten har en klar problemstilling, som er å identifisere behovene til familie og utbetalte omsorgspersoner til eldre voksne som lever med demens. Oversikten presiserer å ha ekskludert studier som ikke treffer eller passer problemstillingen. Studien har et stor populasjon; 31 enkelt studier. Studien har brukt aspekter fra Care Transitions Framework og Family Caregiver Alliance for å kategorisere innholdet, da det gir en strukturert tilnærming til å	Det er ikke nevnt at det er foretatt noen etiske overveielser i forhold til deltagerne i enkelt studiene som oversiktsartikkelen er basert på. Den systematiske oversikten er publisert i en legitim database.

		omsorgsbolig og korttidsplass. Overvekten var på personer som bor hjemme 20 av 31 artikler.		vare på personer med demens	er rettet mot sykepleiere.	<p>identifisere data fra artiklene. Det gir en standardisert måte å sammenligne og analysere data på tvers av ulike studier</p> <p>Studien inkluderte kun artikler der den syke var over 65 år og omsorgspersonen var over 18 år</p> <p>Svakheter: En del av studiene inkludert oppfylte ikke MMAT-screeningskriteriene på noen av områdene.</p> <p>Over halvparten av studiene oppfylte 2 eller mindre av de 5 kriteriene MMAT inneholder som kan påvirke kvaliteten på studiene.</p>	
--	--	---	--	-----------------------------	----------------------------	---	--

						Studiene er gjort i USA som ekskluderer en del kulturer og preferanser.	
Hearing their voice: A systematic review of dementia family caregivers' needs 2016 McCabe M, You E, Tatangelo G Storbritannia, Australia, USA, Norge, Canada, Irland, Sverige og Hong Kong Kina. The Gerontologist	Systematisk oversikt	Oversikten har tatt for seg 12 enkeltstående kvalitative studier som rapporterte om selvopplevde behov som omsorgspersoner til personer med demens har. Omsorgspersonene var partnere og/eller avkom av den syke.	Hensikten var å kartlegge de opplevde behovene til nære pårørende til eldre voksne med demens	Oversikten identifiserte 2 temaer relatert til behovene til nære pårørende til eldre voksne med demens. Det første var knyttet til håndtering av den syke. Det ble funnet 4 undergruppering: 1. informasjons- og kunnskapsbehov. Som går ut på at man ønsker informasjon om demenssymptomer og progresjon, samt hvordan man skal håndtere symptomene. Omsorgspersonen		Styrker: Oversikten har ekskludert en del studier som skaper en streng ramme for inkludering Studiene er kvalitetsvurdert av 2 uavhengige forskere ved hjelp av CASP-verktøy 10 av 12 studier samsvarer med IMRAD modellen. Ingen av studiene rapporterte om forskerskjevheter, analyse av motstridende funn, eller bruk av sitater eller utsagn for å støtte opp om en påstand.	Det er ikke nevnt i artikkelen at det er tatt etiske overveielser i forhold til deltakere i enkeltstudiene oversiktsartikkelen undersøker. Oversikten er publisert i tidsskriftet the gerontologist og i legitim database.

				<p>e uttrykte udekte behov på dette området. Noen enkelt studier pekte på at omsorgspersonene følte seg overveldet av informasjon og andre studier viste vanskeligheter med å få tak i informasjon. Det ble foreslått fra omsorgspersonene å gi løpende informasjon om progresjon og åpne muligheten for informasjon. Selv om man ikke benyttet seg av muligheten til å skaffe seg informasjon følte pårørende det som en trygghet.</p>	<p>Svakheter: Den presiserer ikke hvor den syke bor og er tilknyttet, og derfor kan avvike fra behovet problemstillingen om å ivareta pårørende som pleier i sitt hjem.</p> <p>De fleste studiene brukt har ikke klar teoretisk ramme. Omfanget av omsorgspersonens behov kan være begrenset da flere studier tok utgangspunkt i omsorgspersonens erfaringer og følelser.</p> <p>Flere av studiene hadde ikke oppga prøvetakningsmetoder, forskerroller, datametningen er oppnådd</p> <p>Oversikten tok kun utgangspunkt i</p>	
--	--	--	--	---	---	--

			<p>2. Studiene viste behov for støtte omkring å få hjelp med å få dekket den sykes ADL, generell økonomi og husarbeid, i tillegg til bistand med å håndtere den sykes følelser som aggresjon og irritabilitet.</p> <p>3. Ønsket større formell støtte fra helsevesenet. Utfordringene var knyttet til at omsorgspersonene uttrykte at det var mangel på formell omsorgsstøtte, mangel på samme helsepersonell, mangel på vedvarende støtte etter demensdiagnosen</p>		<p>kvalitatitestudier, så en del materiale som bruker andre metoder ble utelatt.</p> <p>Studien inkluderer kun avkom eller partnere, og studier gjort på engelsk fra 2000</p>	
--	--	--	--	--	---	--

			<p>var satt, inkonsekvent og ukoordinert støtte, lite fleksibelt tjenestetilgang og problemer med å få informasjon</p> <p>4. Uformell støtte. Omsorgspersonene nevnte at samtalegrupper der man kunne prate om følelser og opplevelser var verdifullt. Samt at tiden og støtten fra ytterligere familie var viktig for å opprettholde motivasjon. Omsorgspersonene trengte både tid med familien som kunne gi dem en følelse av å være mindre alene, men også at de støttet</p>			
--	--	--	---	--	--	--

				<p>dem i prosessen av pleie av den syke.</p> <p>Tema 2 var omsorgspersonens personlige behov Omsorgspersonene uttrykte et behov for å ta vare på egen helse for å kunne ta vare på andres. Arenaer og muligheter for å kunne få egen tid, bearbeide følelser og reaksjoner. Flere av enkeltstudiene uttrykte god effekt av kortidsplass eller avlastning. Dette ga dem mulighet til å være med venner, slappe av uten bekymring, dra på ferie</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--