



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

Hvordan kan sykepleiere ivareta partnere til eldre hjemmeboende pasienter med kognitiv svikt

Innleveringsdato: 11.06.2020

Emnekode: HSYK 3003

Kandidatnummer: 10153

Antall ord: 7203

Sammendrag

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere ivareta partnere til hjemmeboende pasienter med kognitiv svikt

Bakgrunn for valg av tema: Som pårørende selv, som ansatt i kommunehelsetjenesten og med erfaring fra praksis som sykepleiestudent, ser jeg at det kan være utfordrende å ivareta både pårørende som omsorgsgiver og pasient.

Metode: Jeg har brukt litteraturstudie for å løse oppgaven.

Oppsummering av funn: Flere funn går igjen i artiklene: Relasjonelle forhold er avgjørende for hvordan pårørende opplever samarbeidet med sykepleier. Det gjelder å ha «kjemi» for å kunne samarbeide. Menn og kvinner opplever omsorgsrollen forskjellig. De påtar seg ulike oppgaver. Pårørende uttrykker at de har behov for informasjon for å mestre rollen som omsorgsgiver, både for å føle seg kompetente når de yter omsorg og for å kunne opprettholde sitt eget liv. Mange savner informasjon.

Konklusjon: Som sykepleiere har vi ansvar for pasienten, men i mange tilfeller vil det å ivareta pasientens pårørende være avgjørende for å sikre pasienten best mulig pleie. Relasjonsbygging og helsefremmende sykepleie er viktig for å ivareta pårørende.

Innhold

1.	Innledning.....	4
1.1.	Bakgrunn for valg av problemstilling.....	4
1.2.	Problemstilling	4
1.3.	Avgrensning av problemstilling	4
1.4.	Oppgavens kapitler.....	4
2.	Metode	5
2.1.	Litteraturstudie	5
2.2.	Søketabell	5
2.3.	Kildekritikk.....	6
3.	Empiri.....	7
4.	Teori	11
4.1.	Kognitiv svikt.....	11
4.2.	Hjemmetjenesten.....	11
4.3.	Pårørende	11
4.4.	Søderlunds empiriske modell	12
4.5.	Helsefremming og bemyndigelse.....	12
4.6.	Relasjon.....	12
4.7.	Kommunikasjon	13
5.	Diskusjon	14
6.	Konklusjon	19
	Referanser.....	20

1. Innledning

1.1. Bakgrunn for valg av problemstilling

I underkant av 90.000 mennesker mottar hjemmetjenester i Norge i form av praktisk bistand og helsehjelp. Mange av disse bor sammen med partner eller annen pårørende som har tatt på seg ansvaret for omsorgen for pasienten gjennom resten av døgnet. Samarbeidet med pårørende vil derfor være avgjørende for at pasienten får den hjelpen hun eller han trenger.

Stortingsmelding 29 (2012-2013) – Morgendagens omsorg – vektlegger pårørendes uformelle omsorgsinnsats. Den sier at det må utvikles tiltak som støtter, veileder og avlastar pårørende. (Stortingsmelding 29 (2012-2013), 2013)

Pårørendes uformelle omsorg og helsevesenets formelle omsorg burde ideelt sett utfylle hverandre. I praksis ser vi at det ikke alltid skjer, og at det oppstår misforståelser og konflikter. (Brodtkorb, Kirkvold, & Ranhoff, 2016) Som den profesjonelle parten trenger vi som sykepleiere mer kunnskap om pårørende. Vi vil lett fremstå som den sterke parten i forholdet mellom pasient, pårørende og helsevesen, mens målet bør være likeverd og respekt for individuelle behov. Vi er hos pasienten i kanskje 30 minutter gjennom døgnet. Pårørende kan være hos pasienten i 23 ½ time. For at pasienten skal sikres best mulig pleie, er derfor et godt samarbeid med pårørende avgjørende. Gjennom ny kunnskap og etisk refleksjon må vi lære oss hvordan vi kan sette oss ydmyke overfor pårørende. (Homelien & Jakobsen, 2011)

Som pårørende med omsorgsansvar selv, som ansatt i det kommunale helsevesenet gjennom mange år og i praksis i studiet, særlig i hjemmetjenesten, har jeg sett og ser stadig situasjoner hvor pårørende yter omsorg og hvor pårørende er slitne. Derfor har jeg valgt å skrive min bacheloroppgave for å forstå hvordan man som sykepleier bedre kan ivareta pårørende til hjemmeboende pasienter.

1.2. Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere ivareta partnere til eldre hjemmeboende pasienter med kognitiv svikt?

1.3. Avgrensning av problemstilling

Mange ulike pasienter mottar hjemmesykepleie. For å avgrense oppgaven og gjøre den overkommelig, har jeg valgt å fokusere på eldre pasienter med kognitiv svikt, og hvor den uformelle omsorgen ytes av partner som bor sammen med pasienten.

1.4. Oppgavens kapitler

I kapitel 2 vil jeg ta for meg metoden oppgaven bygger på. I kapitel 3 vil jeg presentere empiri jeg har funnet i forskningsartikler. I kapitel 4 tar jeg for meg teori fra lærebøker og pensum. I kapitel 5 drøfter jeg mine funn. I kapitel 6 vil jeg forsøke å summere opp det jeg har funnet og drøftet.

2. Metode

2.1. Litteraturstudie

Jeg har valgt å belyse min problemstilling ved hjelp av en litteraturstudie. Det vil si at jeg tar utgangspunkt i eksisterende forskning og teori. Søk etter litteratur gjøres i databaser. Valg av problemstilling og søkeord vil påvirke hvilke data jeg får i søkene mine. (Dalland, 2017) For å starte søkeprosessen formulerte jeg derfor en problemstilling. Fra problemstillingen fikk jeg søkeord. Disse ga treff som gjorde at jeg kunne spisse problemstillingen ytterligere for å avgrense mengden litteratur. Å dokumentere søkehistorikken er viktig. (Dalland, 2017)

2.2. Søketablell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Google Scholar	02.05.2020	S1.	Pårørende hjemmetjenesten		2562	A, B, C
Swemed	02.05.2020	S2	«home care services» + «care giver» + "dementia"		37	D, E
Sykepleien	02.05.2020	S3	Pårørende som omsorgsgiver		7	F
Google Shcolar	10.05.2020	S4.	Pårørende som omsorgsgiver demens		235	G

Inkluderte artikler:

- A. Pårørende til aleneboende personer med demens – erfaringer fra samarbeid med hjemmetjenesten etter ny organisering. (2014). Nordisk sygeplejeforskning.
- B. Pårørendes erfaring av kvalitet i helse og omsorgstjenester til personer med demens og pårørende. (2019). Aldring og helse.
- C. Pårørendes erfaring med kommunal hjemmetjeneste til personer med demens. (2016). Geriatrisk sykepleie.
- D. På alerten, hele tiden! Om pårørendes omsorgsrolle når deres nærmeste utvikler demens. (2015) Demens og alderspsykiatri.
- E. Family Caregivers Experiences of Formal Care When Caring for Persons With Dementia Through the Process of the Disease. (2015) National Library of Medicine
- F. Familiebasert omsorg på godt og vondt. (2009). Sykepleien.
- G. Hjemmetjenesten som alliert, rådgiver og forventningsregulator. (2018). Tidsskrift for velferdsforskning.

2.3. Kildekritikk

For at en litteraturstudie skal fremstå som pålitelig er det viktig med kildekritikk. Kriterier for god kildekritikk er ektehet, er kilden det den utgir seg for å være, nærhet, har kilden kunnskap om det den oppgir, uavhengighet, er kilden et referat eller avskrift, tendens, har kilden en agenda eller påvirkes av økonomiske, politiske eller andre faktorer, representativitet, kan forskningsfunn være resultat av tilfeldigheter i utvalget? Dersom flere uavhengige kilder presenterer likelydende funn, styrker det troverdigheten.

Alle forskningsartiklene jeg fant, er bygget opp etter IMRaD: Introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Dette er en velkjent struktur som gjør det enklere å orientere seg og kjenne igjen forskningsartikler. (Dalland, 2017) Forskningsartikler skal være fagfellevurdert. De skal presentere ny kunnskap, og de skal kunne kontrolleres og etterprøves. Alle forskningsartikler skal derfor inneholde informasjon om hvordan forskerne har gått frem for å finne denne kunnskapen. Beskrivelsene skal være så detaljerte at andre forskere skal kunne gjenta studien og få samme resultat. Funnene presenteres som resultater, og tolkes av forskerne i en diskusjonsdel.

3. Empiri

Pårørende til aleneboende personer med demens (Aasgaard, Disch, Fagerstrøm, & Landmark, 2014)

Forskningsartikkelen er publisert i tidsskriftet Nordisk sygeplejeforskning. Studien som artikkelen bygger på, bruker kvalitativ metode. Datainnsamling ble gjort gjennom fokusgruppeintervju. Artikkelen dukket opp i søk på Google Scholar. Artikkelen ble publisert i 2016 og handler om pårørende til pasienter med demens. Den er derfor relevant for min problemstilling.

Bakgrunnen for studien oppgis å være at et økende antall mennesker som rammes av demens, vil utfordre samfunnets ressurser, samtidig om en moderne pårørendepolitikk skal bygge på likestilling og partnerskap mellom brukere, pårørende og omsorgstjenesten. Dette oppfatter jeg som svært relevant i forhold til signaler som formidles fra nasjonale og lokale politikere om at fremtidens omsorg skal være en dugnad, i ulike stortingsmeldinger og kommunale planer.

Seks pårørende til pasienter med demens ble intervjuet.

Studient fant at pleiepersonalet ikke involverer pårørende i den daglige omsorgen i tilstrekkelig grad.

Pårørende erfarte manglende kommunikasjon, og kjente ikke pleierne eller måten hjemmetjenesten var organisert på. Pårørende oppga mangel på gjensidig kommunikasjon og manglende rolleavklaring. Ingen av de pårørende følte at de fikk emosjonell støtte fra pleiepersonalet. Resultatene viste klart at pårørende ikke søkte støtte og veiledning i utfordrende situasjoner, og heller ikke forventet støtte til å håndtere sin situasjon som pårørende. Pårørende var samstemte i at kontakt mellom dem og hjemmesykepleien ble initiert av dem, ikke av hjemmesykepleie, og at dette opplevdes slitsomt.

Pårørendes erfaring av kvalitet i helse og omsorgstjenester til personer med demens og pårørende (Tretteteig, Thorsen, & Rokstad, 2019)

Forskningsartikkelen ble publisert i tidsskriftet Aldring og helse. Studien som artikkelen bygger på bruker kvalitativ metode. Data er samlet inn i tre omganger over tid gjennom dybdeintervjuer. Artikkelen dukket opp i søk på Google Scholar. Artikkelen ble publisert i 2019. Den viser til fersk forskning og omhandler pårørende til personer med demens. Den er derfor relevant til min problemstilling.

Bakgrunnen for studien oppgis å være at det de siste årene har vært en stor satsing på å utvikle og styrke demensomsorgen i Norge, og at ett av delmålene har vært at personer med demens og pårørende skal få dekket sine individuelle behov gjennom tjenester preget av høy kvalitet, fleksibilitet og individuell tilrettelegging.

Studien fant at pårørende var fornøyd med dagaktivitetstilbudene. De holdt høy kvalitet og ga god avlastning. Avlastningsopphold i sykehjem hadde forbedringspotensiale knyttet

til kvalitet, fleksibilitet og individuell tilrettelegging. Deltakelse på pårørendeskoler opplevdes blandet. Hjemmesykepleie ga de voksne barna i studien trygghet, men opplevdes av ektefellene som utilstrekkelig og lite individuelt tilpasset.

Pårørendes erfaring med kommunal hjemmetjeneste til personer med demens (Nordhagen & Sørlie, 2016)

Forskningsartikkelen er publisert i tidsskriftet Geriatrisk sykepleie. Den er basert på en studie gjort i Norge. Artikkelen dukket opp på søk gjennom Swemed. Forskingen er basert på kvalitativ metode. Datainnsamlingen ble gjort ved hjelp av individuelle intervju. Artikkelen er publisert i 2016, og er ny og belyser et aktuelt tema. Den handler om pårørende til personer med demens, og er derfor relevant for min problemstilling.

Fire pårørende til pasienter med demens som mottok hjemmesykepleie, deltok i studien. Det ble utført intervju for å samle data.

Studien viste sammenheng mellom pleiere som tok seg tid og viste omsorg for både pasienten og pårørende, og høy grad av tillitt til pleie og omsorgstjenestene hos pårørende. Pårørende som følte seg sett av pleierne, følte seg trygge. Studien viste videre sammenheng mellom mangel på informasjon og lav grad av tillitt til pleie og omsorgstjenestene. Pårørende oppga blant annet det kunne være vanskelig å vite hvor de skulle henvende seg, at de ikke hadde fått informasjon om hvordan tjenestene var organisert, at de ikke var blitt spurt om pasienten, at omsorgen de ytet overfor pasienten ikke ble sett, og at henvendelser de rettet til pleierne ikke ble tatt videre og ikke besvart. Flere ga uttrykk for bekymring over hvordan pasienten kunne få tilpasset pleie når de som pårørende aldri ble spurt.

På alerten, hele tiden! Om pårørendes omsorgsrolle når deres nærmeste utvikler demens (Norheim & Dombestein, 2015)

Forskningsartikkelen er publisert i tidsskriftet Demens og alderspsykiatri. Studien som artikkelen bygger på, bruker kvalitativ tilnærming. Individuelle intervju ble brukt for å samle inn data. Artikkelen dukket opp under søk på Swemed. Artikkelen omhandler pårørendes opplevelse av å være omsorgsgiver til en pasient med demens, og er derfor relevant for min problemstilling.

Hensikten med studien var å få kunnskap om hvordan pårørende opplevde deres situasjon som omsorgsgiver for pasienter med demens.

I studien ble utvalget fordelt på to datasett. Den ene gruppen hadde syv informanter fra sykehjem. Alle informantene var pårørende som hadde erfaring fra at deres nærmeste tidligere hadde bodd hjemme med demens. De var enten ektefelle eller datter til pasienten. Den andre gruppen hadde fem informanter. Informantene i den andre gruppen var døtre til pasienter med demens som mottok hjemmetjenester.

Funnene i studien viste at pårørende så på omsorgsrollen som en stor belastning. Til tross for denne belastningen ønsket de alle å yte omsorg fordi de følte at de bidro med noe av stor betydning. Særlig ektefellene følte at de bidro av kjærlighet til mannen de hadde vært gift med gjennom et langt liv. Et flertall av informantene ga uttrykk for at de hadde behov for mer kunnskap om sykdommen, og at de i liten grad hadde fått kunnskap fra pleiepersonalet. Relasjonen mellom pårørende og helsepersonell hadde stor betydning for samarbeidet. Noen ga uttrykk for at de ikke følte kontroll fordi rollene mellom pårørende

og helsepersonell ikke var avklart. Med en tydeligere rolleavklaring mente de at de ville ha opplevd mer kontroll i omsorgssituasjonen.

Family caregivers Experiences of Formal Care When Caring for Persons With Dementia Through the Process of the Disease (Lethin, Hallberg, Karlsson, & Janløv, 2015)

Forskningsartikkelen er publisert i tidskriftet Scandinavian Journal of Caring Science. Den er basert på en studie gjort i Sverige. Studien har kvalitativ tilnærming. Intervju ble gjennomført i fokusgrupper for å samle inn data. Artikkelen dukket opp på søk på Swemed. Den handler om pårørende til pasienter med demens og deres opplevelse av omsorgsrollen. Noe som er relevant for min problemstilling.

I studien ble 23 ektefeller og voksne barn av pasienter med demens intervjuet for å kartlegge deres opplevelse av samarbeidet med helsevesenet.

Studien viste at pårørende vektla relasjonen med pleiepersonalet. De opplevde det som viktig å ha en god relasjon til pleierne for at samarbeidet skulle fungere. De vektla åpenhet i kommunikasjonen, og at hjemmesykepleien var tilgjengelig for å svare på spørsmål, gi informasjon og gi veiledning til pårørende. Noen av informantene var fornøyd med samarbeidet. Andre mente det var vanskelig å få hjelp.

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

Forskningsartikkelen er publisert i tidsskriftet Sykepleien forskning. Den er basert på en studie gjort i Norge. Artikkelen dukket opp under søk på sykepleien.no. Studien bruker både kvalitativ og kvantitativ metode. De har brukt et spørreskjema for å samle data. Noe som kjennetegner den kvantitative metoden. (Dalland, 2017) Artikkelen er elleve år gammel. Det må derfor vurderes om funnene fortsatt er aktuelle. Det har skjedd endringer i lovverk og offentlige dokument. Noe som kan påvirke hvor relevant artikkelen er.

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

Et interessant funn i studien var at menn og kvinner opplevde omsorgsrollen forskjellig. Resultatene av spørreundersøkelsen viste at kvinnene tok på seg nesten alt av omsorgen selv. Disse kvinnene opplevde at omsorgsrollen hadde en negativ innvirkning på hverdagen deres. De uttrykte at det både var psykisk og fysisk belastende å stå i omsorgsrollen. Og de var ikke fornøyd med det kommunale tilbudet. Mange av mennene opplevde derimot at å stå i en slik omsorgsrolle hadde liten innvirkning på hverdagen. De utførte de praktiske oppgavene selv, mens de fikk hjelp av hjemmesykepleien til de andre oppgavene. Mennene var fornøyd med det kommunale tilbudet. Det de savnet var mer informasjon fra helsepersonell.

Kjønnsforskjellene i denne studien samsvarer med mye av det jeg selv har observert i praksis og i jobb i hjemmesykepleien. Mannlige omsorgsgivere har lettere for å be om hjelp. Kvinnelige omsorgsgivere føler ansvaret tyngre på en slik måte at de blir emosjonelt slitne. Det var en av grunnene til at jeg valgte å ta med artikkelen selv om den var noen år eldre enn de andre artiklene.

Hjemmetjenesten som alliert, rådgiver og forventningsregulator (Øydgard, 2018)

Forskningsartikkelen er publisert i Tidsskrift for velferdsforskning. Studien som artikkelen bygger på bruker kvalitativ metode. Data er samlet gjennom intervju med pårørende til pasienter med demens. Artikkelen ble publisert i 2018. Den er derfor relevant for min problemstilling.

I studien ble 26 pårørende intervjuet. 22 av disse hadde på intervjutidspunktet eller tidligere hatt kontakt med tjenesteytere fra hjemmetjenesten, og det var disse 22 som ble benyttet som empiri i artikkelen.

Studien stilte følgende spørsmål: Hvilken betydning har hjemmetjenesten for pårørendes søkepraksis?

Studien fant et misforhold mellom den formelle saksgangen i tildeling av tjenester, og hvordan tildelingen faktisk ble erfart av de pårørende. Pårørende erfarte at tildelerenheten som skulle være adskilt fra utførerensheten (hjemmesykepleien) tildelte tjenester etter hjemmesykepleiens ønsker, og at det derfor var nødvendig å være alliert med hjemmesykepleien for at pasienten skulle få de tjenestene pårørende mente var nødvendig.

Oppsummering

Flere funn går igjen i artiklene: Relasjonelle forhold er avgjørende for hvordan pårørende opplever samarbeidet med sykepleier. Det gjelder å ha «kjemi» for å kunne samarbeide. Menn og kvinner opplever omsorgsrollen forskjellig. De påtar seg ulike oppgaver. Pårørende uttrykker at de har behov for informasjon for å mestre rollen som omsorgsgiver, både for å føle seg kompetente når de yter omsorg og for å kunne opprettholde sitt eget liv. Mange savner informasjon.

4. Teori

4.1. Kognitiv svikt

Med kognitive funksjoner forstår vi vanligvis evnen til å oppfatte og innhente informasjon fra verden rundt oss, lagre den, og planlegge og handle ut for den informasjonen vi har. Ved kognitiv svikt ser vi svekkelser i disse evnene. Kognitiv svikt kan skyldes en rekke ulike sykdommer og tilstander og kan være medfødt eller oppstå akutt eller gradvis. Ved demenssykdommer oppstår den kognitive svikten gradvis og er progredierende. Demenssykdommer rammer hyppigere med økende alder. (Brodtkorb, Kirkvold, & Ranhoff, 2016)

4.2. Hjemmetjenesten

Hjemmetjenester herunder hjemmesykepleie, ytes med hjemmel i Lov om kommunale helse og omsorgstjenester. (Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m (Helse og omsorgstjenesteloven), u.d.) Lovens formål er særlig å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne, fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer, sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre, sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud, sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, sikre nødvendig opplæring av pasient, bruker og pårørende, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov, sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og bidra til at ressursene utnyttes best mulig. Loven gjelder for helse og omsorgstjenester som tilbys eller ytes i kommunen eller av private som har avtale med kommunen. Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse og omsorgstjenester.

4.3. Pårørende

Pasientens partner utgjør en stor del av den uformelle omsorgen. Det er partner som påvirkes mest av pasientens sykdom og funksjonssvikt. Partner og pårørende har ofte levd et langt liv sammen. De har derfor en tettere relasjon enn pasienten har til andre pårørende. Når den ene blir syk eller opplever funksjonssvikt vil dette være en stor påkjenning for partner. De strekker seg derfor langt for at pasienten skal få være hjemme så lenge som mulig. Som partner og omsorgsgiver vil man være bundet til hjemmet dersom omsorgsoppgavene er store. Pårørende vil ha behov for støtte og bekreftelse på arbeidet de gjør. Ved å bygge en god relasjon og føre en god dialog med pårørende vil sykepleieren bidra til en felles forståelse av situasjonen de står i.

Noen bruker uttrykket de usynlige hjelperne om pårørende til hjemmeboende. Grunnen til dette er at de utgjør en betydelig del av pasientens omsorg uten å vises i budsjetter, samtidig som de ofte overses selv om de har store behov for å bli sett og møtt med forståelse. Sykepleier må derfor støtte pårørende. Når pasienten får behov for hjelp, må pårørende avgjøre hvor mye de vil hjelpe til. Det å ha omsorgen for en person man står nært vil gi glede og tilfredsstillelse, men kan også føles som en plikt. (Brodtkorb, Kirkvold, & Ranhoff, 2016)

Sykepleier skal ivareta pårørendes behov gjennom å tilpasse tjenestetilbudet. Kartleggingsverktøy kan hjelpe sykepleier med å avdekke pårørendes behov. Kartlegging innebærer også å finne ut hvordan ulike relasjoner innad i familien fungerer, hvilke oppgaver som er belastende og hvilke tiltak som kan være relevante. Stresskala for pårørende er et kartleggingsverktøy utviklet av Greene i 1982, med 15 spørsmål. (Homelien & Jakobsen, 2011)

4.4. Søderlunds empiriske modell

Søderlunds empiriske modell beskriver pårørendes reise når deres nærmeste rammes av kognitiv svikt og de må tre inn i omsorgsrollen, fra fremmedfølelse, kaos, utenforskap og oppgitthet, gjennom et ingenmannsland, til samhørighet, livskraft, fellesskap og harmoni. (Homelien & Jakobsen, 2011)

4.5. Helsefremming og bemyndigelse

Helsefremming handler om å styrke enkeltindivider og grupper til økt kontroll over forhold som virker inn på helsen. Helsefremmende arbeid handler om å tilrettelegge for at den enkelte skal oppleve større kontroll over eget liv og helse. Helsefremming har fokus på bemyndigelse (empowerment). (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, & Grimsbø, 2016) Sentralt for helsefremming er salutogenese, en sammenstilling av det latinske ordet salus, som betyr helse, og det greske ordet genesis, som betyr opprinnelse. Salutogenese ble formulert av sosiologen Aaron Antonovsky. (Håkonsen, 2017) Sentralt i salutogenesen og dermed i helsefremming, står de generelle motstandsressursene. Disse kan deles i materielle, som penger, trygge og gode boforhold og god fysikk, og ikke-materielle, som intelligens, selvfølelse og sosialt nettverk. Sentralt i salutogenesen står også begrepet OAS – Opplevelse av sammenheng. OAS avhenger av om en situasjon eller problem oppleves begripelig, håndterbar og meningsfull. `

4.6. Relasjon

Relasjon er forholdet mellom mennesker. (Eide & Eide, 2017) For at en relasjon skal fungere mellom sykepleier og pårørende, må partene ha tillit til hverandre og samarbeidet være likeverdig. Mellom helsepersonell og pasient eller pårørende vil denne relasjonen være asymmetrisk, fordi fagpersonen har tillegnet seg kompetanse som den andre parten ikke har. Tillitt skapes i møter preget av empeati, annerkjennelse og tilstedeværelse. Mål som blir satt må være basert på alle tilstedeværendes verdier. Kommunikasjon vil være sentralt. I kommunikasjon deler av man meninger og opplevelser. Fagpersonen, med bakgrunn i sin kompetanse, har ansvar for å legge til rette for god kommunikasjon, God kommunikasjon krever at budskapet blir oppfattet slik det var ment. Konteksten kommunikasjonen foregår i vil ha betydning. Bestemte situasjoner krever ulike kommunikasjonsformer. Dersom man har etablert en god relasjon vil det være lettere å formidle informasjon og forstå hva den andre parten mener.

4.7. Kommunikasjon

I all samhandling er det viktig å se etter, og selv fremvise, samsvar mellom verbal og non-verbal kommunikasjon. Dette kalles kongruens. (Eide & Eide, 2017)

Non-verbale uttrykk må tolkes. Tolkere mottaker kroppsspråket vårt som at vi ikke har tro på han eller hennes evner, kan de selv miste troen på egne evner. Vi må også tolke mottakers kroppsspråk. Det som kan oppfattes av oss som likegyldighet, kan like gjerne være uttrykk for utslitthet, forvirring eller oppgitthet.

Vi uttrykker oss særlig gjennom ansiktsuttrykk, blikk, kroppsholdning, stemmeklang, berøring, stillhet og tempo. Hever vi øyenbrynene i positiv interesse, smiler vennlig og fanger den andres blikk, kan vi gi uttrykk for at vi lytter.

Vi må alltid opptre rolig overfor pasient og pårørende og andre vi samhandler med. Har vi dårlig tid, kan vi ikke vise det. Vi må ha et behersket kroppsspråk. I motsatt fall vil vi stresse personen vi forsøker å kommunisere med. Stress er sjelden bra. Stress får oss til å gjøre feil og miste troen på oss selv.

I all vår handling overfor, men særlig i vår kommunikasjon med, pasienten, skal vi tilstrebe å se de psykiske, sosiale og eksistensielle behovene og gjenvinne hans eller hennes uavhengighet. Vi skal ikke gjøre for pasienten. Vi skal hjelpe pasienten til selv å gjøre. Denne grunnholdningen har preget moderne sykepleieteori siden Virginia Hendersons tanker fikk sitt gjennombrudd på 1950-tallet.

Å etablere en ivaretagende relasjon mellom pasient og sykepleier er en viktig forutsetning for å kunne yte integritetsbevarende sykepleie overfor eldre pasienter. Særlig pasienter som er i en sårbar og svekket situasjon, er avhengige av at hjelperne kjenner dem som personer og kan ivareta deres interesser og behov når de ikke selv kan gjøre det fullt ut eller uten store anstrengelser. (Brodtkorb, Kirkvold, & Ranhoff, 2016) For å få til dette må vi kommunisere med pasienten og pasientens pårørende. Er ikke pasienten selv i stand til å fortelle oss hvordan han har levd livet sitt, kan pårørende i mange tilfeller hjelpe oss med verdifull informasjon. Vi må derfor møte pårørende med respekt, lytte til dem og støtte dem.

At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst. Enhver, der ikke kan det, han er selv i en Indbildning, naar han mener at kunne hjælpe en Anden. For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere end han – men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke.

Søren Kierkegaard (1813 – 55)

5. Diskusjon

Med bakgrunn i forskning, teori og egne erfaringer, har jeg valgt å diskutere helsefremmende sykepleie og relasjonsbygging overfor pårørende. Begge disse områdene er viktige for å ivareta pårørende. Avlastning og opplæring er også viktige områder, men for å begrense oppgaven har jeg valgt dem bort. I diskusjonen velger jeg å omtale pasienten som hun, og sykepleier som han.

Søderlunds empiriske modell er en god beskrivelse av pårørendes møte med pasientens progredierende, kognitive svikt, som en reise fra negativitet, gjennom en tilstand av regresjon, frem til en følelse av å bli forstått, involvert og møtt, og der mestring oppnås. (Homelien & Jakobsen, 2011). I den negative tilstanden vil pårørende kunne føle at de står utenfor. Dette kan skyldes trekk ved pasientens sykdom, som tvil, mistanke, endret adferd og isolasjon. Pårørende kan føle kaos, som følge av bekymring, utmattelse og sinne. Pårørende kan føle oppgitthet, som følge av tap, sorg, 24-timers vakt og opplevd utilstrekkelighet. Og pårørende kan føle seg fremmed, som følge av rollendring, dårlig samvittighet, og utfordrende adferd. (Homelien & Jakobsen, 2011) Studien Pårørende til aleneboende personer med demens, viste at ingen av de pårørende følte at de fikk emosjonell støtte fra pleiepersonalet i slike situasjoner preget av negativitet. Resultatene viste klart at pårørende ikke søkte støtte og veiledning i utfordrende situasjoner, og heller ikke forventet støtte til å håndtere sin situasjon som pårørende. (Aasgaard, Disch, Fagerstrøm, & Landmark, 2014)

God kommunikasjon er et grunnlag for å skape gode relasjoner. Sykepleier skal legge til rette for god kommunikasjon med pårørende. (Brodtkorb, Kirkvold, & Ranhoff, 2016). Kommunikasjon er bindeleddet mellom sykepleier og pårørende, og gjør at de kan forstå hverandre. Relasjonen mellom sykepleier og pårørende vil være asymmetrisk. Sykepleier vil lett fremstå som den sterke fagpersonen. (Brodtkorb, Kirkvold, & Ranhoff, 2016) Pårørende kan føle at de står i en svak posisjon. Det kan derfor være utfordrende å skulle snakke med pårørende uten å føle at vi overkjører dem. Mennesker som føler seg overkjørt, kan lett reagere med sinne. Studien til Øydgard viste at pårørende i forbindelse med søknader, klart definerer hjemmesykepleien som den sterke part. (Øydgard, 2018) Når sykepleier skal bygge tillit er derfor aktiv lytting et godt virkemiddel. Slik viser sykepleier at han ønsker å forstå pårørendes opplevelse av omsorgssituasjonen, ved hele tiden å gi tilbakemeldinger og gjenta med egne ord det han oppfatter. Slik vil sykepleier kunne styre samtalen, samtidig som pårørende føler at de er en likeverdig part i relasjonen. (Eide & Eide, 2017) Det kan være vanskelig for pårørende å åpne seg for sykepleier fordi de føler at de gir ut informasjon om pasienten uten at pasienten er i stand til å gi sitt samtykke eller uttale seg. Nordhagen og Sørli's forskning viser likevel at pårørende opplever det som positivt for egen del og viktig for pasienten, å få lov til å fortelle om sine opplevelser til helsepersonell. (Nordhagen & Sørli, 2016)

Dersom samarbeidet med pårørende skal være godt, må det være tilpasset den enkelte pårørende. (Brodtkorb, Kirkvold, & Ranhoff, 2016) Forskning viser at pårørende ikke føler at tilbudet fra hjemmesykepleien er individuelt tilpasset. (Aasgaard, Mogensen, & Grov, 2009) Hjemmesykepleien møter opp tilsynelatende uten kunnskap om pasienten eller pårørendes behov, og tar tilsynelatende kun utgangspunkt i pasientens formelle vedtak om tjenester. Dette kan jeg som pårørende kjenne meg igjen i. I praksis så jeg derimot

mange tilfeller av lyttende pleiere med gode kommunikasjonsegenskaper og genuin interesse for hele pasienten, inkludert pårørende. Jeg observerte at en slik lyttende praksis gjorde pårørende trygge, og at pårørendes trygghet ofte smittet over på pasienten.

Kognitiv svikt ved demens er en progredierende sykdom. (Brodtkorb, Kirkvold, & Ranhoff, 2016) Pårørendes behov vil derfor kunne endres i takt med at sykdommen utvikler seg. For å kartlegge pårørendes behov kan vi bruke ulike spørreskjema som tar utgangspunkt i belastningsskalaer. (Homelien & Jakobsen, 2011) Spørreskjema kan av pårørende oppfattes som påtrengende. Vi bør derfor være ydmyke når vi presenterer dem. Fremfor alt bør vi gi pårørende tid. Brukt positivt kan slike verktøy oppfattes av pårørende som at sykepleier gjør sitt beste for at de skal føle seg tilfreds i situasjonen. Kartlegging av pårørendes behov kan også skje gjennom den gode samtalen. (Eide & Eide, 2017) Når sykepleier setter seg ned i hjemmet, vil kartlegging kunne skje naturlig gjennom samtalen. Kartlegging er en viktig del av sykepleiers arbeid. Bruk av skjema kan være en hjelp til å systematisere denne delen av arbeidet.

Lykkes sykepleier med å skape tillit, vil det være nødvendig å opprettholde tilliten gjennom å følge opp det man har snakket om, i handling. I Nordhagens studie opplevde mange pårørende at de kunne gjenta informasjon mange ganger uten at det ble tatt videre. (Nordhagen & Sørli, 2016) I demensomsorgen er kontinuitet viktig. (Brodtkorb, Kirkvold, & Ranhoff, 2016) Kontinuitet handler ikke bare om pasient og pårørende, men også om å videreformidle informasjon til kollegaer. Slike sikres at alle som yter helsetjenester til pasienten hele tiden har oppdatert informasjon om pasienten. Vi må ha god kommunikasjon med våre kollegaer, og vi må ha gode systemer (journaler) for å sikre at kritisk informasjon lagres og videreformidles.

Ved demens blir pasienten mer avhengig av hjelp over tid. (Brodtkorb, Kirkvold, & Ranhoff, 2016) Pårørendes omsorgsarbeid vil derfor kunne foregå over mange år. Å forutse pårørendes evne og lyst til å yte denne omsorgen kan være vanskelig. Sykepleier må være klar over at pårørende kan endre syn på egen evne til å yte omsorg. Pårørende skal ikke føle at de må stille opp fordi hjemmesykepleien ikke strekker til. Det er et offentlig mål å legge til rette for pårørendes omsorg, men samtidig understrekes det offentliges plikter til å ta hovedansvaret for syke og hjelpetrengende mennesker. (Stortingsmelding 29 (2012-2013), 2013)

Det er en stor overgang fra å være partner til å bli omsorgsgiver for en pasient med demens. (Homelien & Jakobsen, 2011) Belastningen kan bli så stor at den går ut over pårørendes helse. Vår oppgave som sykepleier er å fremme helse. Det er derfor viktig at vi ser belastningen den pårørende utsettes for. Ved kartlegging av belastning vil det være viktig å se på stressbelastning. Stress kan deles i sosialt og emosjonelt stress. Sosialt stress øker proporsjonalt med høy grad av objektiv belastning, som økt funksjonssvikt hos pasienten, daglig konstant ansikt til ansikt kontakt med den syke og antall timer pårørende bruker til omsorgsoppgaver. Ved store omsorgsoppgaver kan pårørende føle seg bundet, isolert og uten mulighet til å drive med aktiviteter som gir overskudd. Emosjonelt stress er forbundet med pårørendes subjektive – opplevde - belastning og responsen på den objektive belastningen. Ved høy score på emosjonelt stress trenger pasienten hjelp til bearbeiding. Ved høy score på sosialt stress trenger pårørende hjelp med avlastning. Ved høy generell score står pårørende i fare for å utvikle utbrenthet og depresjon. (Homelien & Jakobsen, 2011) I praksis så jeg flere pårørende som selv var eldre mennesker med ulike lidelser og sykdommer, gjerne slitasjerelaterte, lide under at belastningen ved

omsorgsoppgavene for deres partnere, forverret deres egne sykdommer. Norheim og Dombsteins studie viste at pårørende ofte var slitne. (Norheim & Dombestein, 2015)

Pårørende forteller ofte at det sosiale nettverket har stor betydning for hvordan de mestrer hverdagen som omsorgsgiver, og at isolasjon tapper dem for energi. (Homelien & Jakobsen, 2011) Sykepleier bør derfor se på både pasienten og den pårørendes nettverk når han kartlegger pårørendes belastninger. Et godt nettverk vil være en avgjørende mestringsressurs. (Håkonsen, 2017) Nettverk og aktiviteter bør tas opp i samtaler med pårørende, med vekt på hvordan en skal få til aktiviteter som skaper overskudd. Da skapes mestring og opplevelse av gjensidighet og respekt. Sykepleiers støtte skal gi pårørende anledning til å være aktiv i å konstruere sin egen forståelse av virkeligheten hun lever i, og til å ta ansvar for eget liv og helse. Dette vil være god helsefremming og bemyndigelse. Fra min egen jobb husker jeg særlig det yngre ekteparet som hadde planlagt å reise når de ble pensjonister. Noe som ble uaktuelt da den ene av dem fikk diagnosen Alzheimer som er en demenssykom, og raskt ble avhengig av hjelp. Sorgen over at de aldri fikk gjennomført disse reisene, var noe pårørende stadig kom tilbake til. Jeg husker også pårørende som hadde stelt sin syke svigermor gjennom mange år, før mannen ble syk, sengeliggende og kognitivt svekket. Etter år med pleie av ham, var hun så utslitt at hun selv ble syk og fikk behov for hjelp i hjemmet.

Vi kan hjelpe pårørende med å søke ulike tilbud. Et slikt tilbud er pårørendegrupper, hvor mennesker med sammenfallende erfaringer møtes. Som en pårørende ga uttrykk for: «Jeg har fått nye venner gjennom pårørendegruppen. De presser meg ikke, heller ikke til at jeg skal få plass til henne på sykehjem. Det er jeg absolutt ikke klar for. Nei, de hører på meg, og gir meg råd og veiledning. « Her hører vi pårørendes behov for å bli møtt der han er. Han er ikke klar for å motta ulike ofte velmenende råd fra fagpersoner, om hva som er best for ham og pasienten. Som sykepleiere og fagpersoner kan vi lett opptre slik at pårørende føler seg overstyrt. Vi oppfattes lett som den sterke parten i forholdet. (Øydgard, 2018) Positive tiltak ment til beste for pasienten, som tilbud om sykehjem, kan av pårørende oppfattes som kritikk av dem. Vi må derfor forstå pårørende eller som i eksempelet med pårørendegruppen, lede pårørende til noen som bedre er i stand til å forstå dem fordi de er der pårørende er.

Ifølge Søderlund bidrar god demensomsorg til mestring når pårørende opplever trygghet og harmoni, får mulighet til å dele og føle felleskap med andre, erfarer involvering av helsepersonell gjennom å bli lyttet til og dermed livskraft. (Homelien & Jakobsen, 2011) Mestring bygger på ressurser og velvære. Mennesker med en sterk opplevelse av sammenheng i livet vil mestre belastninger bedre enn de som har en svak opplevelse av sammenheng. For å oppleve sammenheng, må tilværelsen oppleves forståelig, håndterbar og meningsfull. Det vil derfor være avgjørende at pårørende opplever sin situasjon som håndterbar gjennom at belastningene de utsettes for ikke er større enn at de mestrer dem. Som vi ser av forskning, opplever mange pårørende glede og tilfredsstillelse gjennom å yte omsorg, men også slit og utbrenthet. (Aasgaard, Disch, Fagerstrøm, & Landmark, 2014) Kartlegging av søvnkvalitet kan være gi en viktig pekepinn på pårørendes belastning.

Pårørendes egenskaper påvirker hvordan de tåler og håndterer stress. (Homelien & Jakobsen, 2011) En persons evne til å sette seg klare mål kombinert med klar forventning om å nå målene, kan påvirke personens stressmestring. En slik mestringsforventning etableres gjennom erfaringer vi gjør oss gjennom livet. For oss som sykepleiere vil det være av betydning at pårørende har tro på egen mestring og ekspertise. Pårørende med

lav mestringsforventning fokuserer ofte på problemer og gir fort opp. De med høy mestringsforventning ser utfordringene som overvinnelige og mobiliserer ressurser, ferdigheter og utholdenhet for å håndtere situasjonen. Mestringsforventningen påvirker livskvalitet positivt og reduserer sårbarheten for stress og depresjon. Helsepersonell kan bidra til å styrke pårørendes mestringsforventning gjennom sosial støtte. Vi kan utforme felles mål sammen med pårørende, med avklarte roller og muligheter for å justere målene slik at en kan forvente at de nås. Gjennom involvering og støtte vil pårørende styrkes i sin egen forventning til mestring. I en studie ga pårørende uttrykk for at de ikke følte kontroll fordi rollene mellom pårørende og helsepersonell ikke var avklart. Med en tydeligere rolleavklaring mente de at de ville ha opplevd mer kontroll i omsorgssituasjonen. (Norheim & Dombestein, 2015) Utfordrende situasjon kan være medisiner. Pasienten med kognitiv svikt kan nekte å ta medisiner fordi hun ikke lenger er i stand til å forstå hvorfor hun skal ta dem. Dette kan av pårørende oppleves som et nederlag, og i slike tilfeller kan en rolleavklaring hvor hjemmesykepleien kommer inn og gir medisiner være til støtte for pårørende.

Ved demens er pasient og pårørendes situasjon sammensatt og i stadig endring. (Homelien & Jakobsen, 2011) Pårørende vil derfor ha behov for flere ulike mestringsstrategier. Valg av mestringsstrategier påvirkes av tidligere mestringserfaringer. Eldre pårørende som partnere til pasienter med kognitiv svikt gjerne er, har levd lange liv og har lang erfaring med mestring av stress. Likevel må vi som sykepleiere være oppmerksomme på at rollen som omsorgsgiver for en pasient med kognitiv svikt kan være ny og vare over tid. Noe som kan gjøre belastningen for stor.

En utfordring for sykepleier kan være å balansere fokuset mellom pårørende og pasient. En annen utfordring kan være at vi trekkes inn i interne konflikter i familien mellom ulike pårørende. (Homelien & Jakobsen, 2011) Dette vil gi etiske problemer som krever at vi er reflekterte. Våre yrkesetiske retningslinjer er klare på at pasienten skal prioriteres. Ofte vil det være vanskelig å skille pasient og pårørende i praksis. I hjemmesykepleien befinner vi oss i pasientens hjem. Der skal vi opptre på pasientens premisser. En del av pasientens hjem vil være ulike pårørende, både partner som yter omsorg, barn, svigerbarn, og også de betydningsfulle andre. (Homelien & Jakobsen, 2011) Mange av disse vil ha meninger om pasientens sykdom og behandling. Vår oppgave må alltid være å ta pasientens parti, samtidig som vi ivaretar pårørende der pårørende er omsorgsgiver. Som følge av vi slik står i faglig og etisk utfordrende situasjoner, kan vi som helsepersonell oppleve stress, utbrenthet og dårligere helse. Det vil derfor være av betydning for vår helse og med det vår evne til å yte omsorg overfor pasienten, at vi rustes med kunnskap om pårørende og etterutdanning. En helsefremmende personalpolitikk vil fokusere på tilrettelegging og muliggjøring av læring og kompetanseheving. (Homelien & Jakobsen, 2011) I praksis så jeg at det sjelden ble tid til slik læring og kompetanseheving. Kurs ble ikke alltid lagt slik at alle ansatte hadde mulighet for å møte. For mange opplevdes det også som en barriere å skulle stille på kurs på fritiden og ikke motta lønn.

I praksis og jobb har jeg ofte opplevd at det ikke er så mye som skal til for å vise at man er der for pasient eller pårørende. Ofte kan det være nok å sette seg ned og ta en kopp kaffe. Det må man noen ganger ta seg tid til. Da kan man ta opp en tråd fra forrige besøk. Det setter pasient og pårørende utrolig pris på. De føler seg sett og verdsatt. Det man tar opp trenger ikke å ha med pasientens sykdom å gjøre. Ofte bør det slett ikke ha med pasientens sykdom å gjøre. Det kan være personlige ting som pasient eller pårørende har delt med sykepleier. Det kan være gode minner fra langt tilbake eller planer pasient og pårørende har for neste uke. Det kan være barnebarn, hage eller et program som går på

TV. Mange har sine favorittprogrammer som de følger. Været er alltid et godt samtaleemne. Vi lever i et land med mye vær. Med eldre mennesker kan man også snakke om slikt som har skjedd før i tiden. Og om hvordan ting var annerledes før. De siste hundre år har sett større forandringer enn foregåedne tusen år. Mange sliter med å fordøye alle endringen som har skjedd. Samtale kan hjelpe dem med det. En god samtale hjelper mot mye. Mange har bodd samme sted hele livet og sett mennesker komme og gå. De vil gjerne fortelle. Noen ganger er de ensomme og savner noen å snakke med. Slik bygger man en relasjon og kan gå videre til det mer konkret sykepleiefaglige. Det er alltid et mål å komme til det sykepleiefaglige. Men veien dit trenger ikke å bestå av snakk om sykdom. Ofte er både pårørende og pasient lei av sykdom. De lever med sykdommen og ser det positive i å slippe å snakke om den akkurat nå. Den vil alltid være der. Vi kan snakke om den i morgen. Å gi glede er en viktig del av sykepleiefaget. Glede er helsefremmende. Som sykepleiere skal vi alltid tilstrebe å fremme helse.

6. Konklusjon

De fleste av oss vil på ett eller flere tidspunkt i livet oppleve å være pasienter eller pårørende til pasienter.

Pårørende utgjør en stor og viktig del av omsorgen til hjemmeboende pasienter. Det blir derfor viktig å ivareta pårørende på en god måte. Forskning viser at de fleste ønsker å gi omsorg til sine nærmeste, men at de kan føle seg oversett av sykepleierne.

I forskningsartiklene jeg fant kommer det frem at pårørende opplever å føle seg oversett, at de ofte er slitne, og at relasjonelle forhold, som tillit og likeverd, er avgjørende i samarbeidet med hjemmesykepleien. Dette forteller oss hva pårørende selv opplever som betydningsfullt når de skal være omsorgsgivere for sine nærmest.

Med bakgrunn i funnene har jeg drøftet hvordan sykepleier kan ivareta pårørende til hjemmeboende pasienter gjennom å danne en god relasjon og gjennom helsefremmende tiltak. Gode relasjoner dannes gjennom god kommunikasjon, avklarte roller og kartlegging for å tilpasse tilbudet til den enkelte pårørende. Med utgangspunkt i en god relasjon blir det lettere å fange opp tiltak som skal settes i verk. Mange av disse tiltakene vil handle om helsefremming og bemyndigelse. Pårørende kjenner selv sin egen situasjon best.

Å ivareta pårørende vil føre til at flere pasienter med kognitiv svekkelse kan bo hjemme lengre fordi pårørende er en viktig omsorgsgiver. Dette vil også være samfunnsøkonomisk lønnsomt. Det vil være lønnsomt både fordi pasienten kan bo hjemme lenger og slippe innleggelse i institusjon, og fordi vi unngår at pårørende sliter seg ut og selv blir pasient. Økt fokus på å ivareta pårørende vil dermed være positivt for pasienten, for pårørende og for samfunnet.

Forskning og praksis viser at vi som sykepleiere trenger mer kunnskap om pårørende, og at det vil være viktig med flere studier.

Referanser

- Aasgaard, H. S., Disch, P., Fagerstrøm, L., & Landmark, B. (2014). *Pårørende til aleneboende personer med demens - Erfaringer fra samarbeid med hjemmetjenesten etter ny organisering*. Hentet fra Nordisk sygeplejeforskning: https://www.idunn.no/nsf/2014/02/paaroerende_til_aleneboende_personer_med_demens_-_erfaringer_
- Aasgaard, L., Mogensen, T., & Grov, E. (2009). *Familiebasert omsorg på godt og vondt*. Hentet fra Sykepleien: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/familiebasert-omsorg-pa-godt-og-vondt>
- Brodtkorb, M., Kirkvold, M., & Ranhoff, A. H. (2016). *Geriatrisk sykepleie* (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Gyldendal Akademiske.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Homelien, S., & Jakobsen, R. (2011). *Pårørende til personer med demens* (2. utg.). Gyldendal Akademiske.
- Håkonsen, K. M. (2017). *Psykologi og psykiske lidelser* (5.. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2016). *Grunnleggende sykepleie* (3.. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lethin, C., Hallberg, I. R., Karlsson, S., & Janlöv, A.-C. (2015). *Family Caregivers Experiences of Formal Care When Caring for Persons With Dementia Through the Process of the Disease*. Hentet fra National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26346507/>
- Lov om kommunale helse og omsorgstjenester m.m (Helse og omsorgstjenesteloven)*. (u.d.). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Nordhagen, V. L., & Sørli, V. (2016). Pårørendes erfaring med kommunal hjemmetjeneste til personer med demens. *Geriatrisk sykepleie*.
- Norheim, A., & Dombestein, H. (2015). «På alerten» hele tiden! Om pårørendes omsorgsrolle når deres nærmeste får demens. Hentet fra Demens og alderspsykiatri: https://aoh-prod.s3.amazonaws.com/documents/Pa_alerten_hele_tiden._Om_par%C3%B8rendes_omsorgsrolle_n%C3%A5r_deres_n%C3%A6rmeste_f%C3%A5r_demens.pdf
- Stortingsmelding 29 (2012-2013)*. (2013). Hentet fra regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Tretteteig, S., Thorsen, K., & Rokstad, A. M. (2019). *Pårørendes erfaringer av kvalitet i helse- og omsorgstjenester til personer med demens og pårørende*. Hentet fra Aldring og helse: <https://www.aldringoghelse.no/alle->

artikler/p%C3%A5r%C3%B8rendes-erfaringer-av-kvalitet-i-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-demens-og-p%C3%A5r%C3%B8rende/

Øydgard, G. (2018). *Hjemmetjenesten som alliert, rådgiver og forventningsregulator*. Hentet fra Tidsskrift for velferdsforskning: https://www.idunn.no/tidsskrift_for_velferdsforskning/2018/03/hjemmetjenesten_som_alliert_raadgiver_og_forventningsregula

