

# MASTEROPPGÅVE

Mastergrad i samhandling innan helse- og sosialtenester

## Samhandling med pårørende

Kunnskap hos helsepersonell

av

Olivia Sissil Sunde

Mai 2015



**MASTER I SAMHANDLING INNAN HELSE- OG SOSIALTENESTER**  
**MASTEROPPGÅVE (45 studiepoeng)**

---

**SEMESTER:** vår 2015

---

**FORFATTER/MASTERKANDIDAT:** Olivia Sissil Sunde

**RETTLEIAR/AR:** Siri Ytrehus

---

**TITTEL PÅ MASTEROPPGÅVA:**

**Norsk tittel:** Samhandling med pårørende – kunnskap hos helsepersonell

**Engelsk tittel:** Collaboration with primary caregivers – knowledge among  
healthcare professionals

---

**EMNEORD/STIKKORD:** helsepersonell, kunnskap, samhandling, pårørende

---

**TAL ORD/SIDER:** Kappe:6965/Artikkel 5870, 79 sider

**STAD ...Førde 21.05.15.....**

**DATO/ÅR**

Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no – www.hisf.no

Masteroppgåve i: Samhandling innan helse- og sosialtenester

Tittel: Samhandling med pårørande – kunnskap hos helsepersonell

Engelsk tittel: Collaboration with primary caregivers – knowledge among healthcare professionals

Forfatter: Olivia Sissil Sunde

Emnekode og emnenamn: MS1 – 307 Masteroppgåve i samhandling innan helse- og sosialtenester.

Kandidatnummer: 2

Publisering i institusjonelt arkiv, HiSF Biblioteket (set kryss):

Eg gjev med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva i Brage.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

JA X      Nei\_\_

Dato for innlevering:

21.05.15

Eventuell prosjekttilknytning ved HiSF Masterprosjektet har vore tilknytta eit samarbeidsprosjekt mellom Høgskulen i Sogn og Fjordane og Vestlandforskning.

Emneord (minst fire):

helsepersonell, kunnskap, samhandling, pårørande

## Forord

Masterstudiet har vore ein lærerik prosess, med både glede av læring, men og periodar med frustrasjon. Når skrivinga vart for utfordrande, har eg sett stor pris på min rettleiar. Derfor vil eg fyrst av alt takke min tolmodige og strukturerte rettleiar Siri Ytrehus. Du har vore ei god støtte og hjelp gjennom heile prosessen. Med din faglege dyktigheit har du hjelpt meg til å få oversikt over tema, gitt konstruktiv kritikk og oppmuntring.

Eg vil også takke for at eg fekk delta i ei etablert forskingsgruppe, og for at eg fekk nytte data frå undersøkinga til Høgskulen i Sogn og Fjordane og Vestlandsforskning. Ei ekstra læring for meg har vore deltaking på prosjektmøte, som har gitt meg innsikt i korleis eit forskingsprosjekt blir drive. Spesielt vil eg takke Karianne Røssommoen Øyen for eit godt samarbeid ved omkoding av data i SPSS, og for at du gjennom heile prosessen har bidratt med råd og støtte. Takk til alle mine kollegaer og medstudentar for oppmuntring og råd undervegs.

Siste, men ikkje minst, takk til min kjære familie som tolmodig har støtta og oppmuntra meg.

## Samandrag

Bakgrunn: Alderssamansetninga i befolkninga er i endring, og vi blir stadig fleire eldre. Med grunnlag i eit offentleg ansvar, er det frå politisk hald lagt føringar for nye måtar å nytte samfunnet sine samla omsorgsressursar. Målet er å sikre helsetenester av god kvalitet for framtida. Pårørande sin innsats som omsorgsgivar blir særskilt framheva. Samtidig er samhandlinga mellom helsepersonell og pårørande essensiell, for å sikre at omsorgsbelastninga ikkje blir for stor for pårørande.

Hensikta med denne litteraturgjennomgangen er å gjere greie for sentral kunnskap som helsepersonell kan ha nytte av i samhandling med pårørande til eldre heimebuande.

Metode: Denne kapp er ein litteraturgjennomgang med sentral forskning frå databasane MEDLINE, CINAHL og SveMed+.

Resultat/konklusjon: Samhandling mellom helsepersonell og pårørande er viktig for å kunne gi individuelt tilpassa støtte til pårørande. Helsepersonell sin kunnskap om og forståing av pårørande og pasienten sin situasjon er ein føresetnad for god samhandling. Denne litteraturgjennomgangen peikar på at helsepersonell kan ha nytte av opplæring innanfor omsorg til pårørande, og at helsepersonell treng meir kunnskap om kva som er helsetenesta sitt ansvar i samhandlinga med pårørande.

Nøkkelord; helsepersonell, kunnskap, samhandling, pårørande.

## Abstract

Background: The population has experienced remarkable demographic changes, and the elderly population is rapidly growing. The politicians have provided guidance to new ways to adopt the society's overall care resources, based on a public responsibility. The aim is to ensure future health care of high quality. The effort of family caregiving is particularly emphasized. At the same time collaboration between healthcare professionals and primary caregivers is essential to ensure that the caregiving role does not become a great burden.

The aim of this literature review is to clarify central knowledge that healthcare professionals can benefit from in collaboration with primary caregivers of the elderly living at home.

Methods: This thesis is a literature review of key studies from MEDLINE, CINAHL and SveMed +.

Results/conclusion: Collaboration between healthcare professionals and primary caregivers is important to provide individualized support to family members. The healthcare professional's knowledge and understanding about the patient and the primary caregiver's situation is the foundation of good collaboration. This literature review indicates that healthcare professional's need education about caring for primary caregivers, and knowledge about the health care system's responsibility in collaboration with primary caregivers.

Keywords; healthcare professionals, knowledge, collaboration, primary caregivers.

## Innhald

1 Innleiing.....	1
2 Ein ny pårørandepolitikk .....	2
2.1 Kommunehelsetenesta .....	2
2.2 Den eldre pasienten.....	3
2.3 Familieomsorga – utvikling og kulturelle variasjonar .....	4
2.4 Pårørande sitt bidrag i Norge.....	5
2.5 Samhandling .....	5
3 Kva kunnskap kan helsepersonell ha nytte av i møte med pårørande? .....	7
3.1 Konsekvensar av omsorgsrolla for pårørande .....	7
3.2 Kva hjelp og støtte ønskjer pårørande.....	8
3.3 Pårørande sin situasjon.....	10
3.4 Behova til pasienten .....	12
4 Kva opplæring har helsepersonell i pårørandearbeid.....	13
4.1 Helsepersonell sitt perspektiv på familien.....	14
4.2 Utfordringar ved samhandlinga .....	14
4.3 Korleis betre samhandlinga med pårørande? .....	16
5 Konklusjon.....	17
Litteraturliste.....	18

## Vedlegg

Vedlegg 1 Metode

Vedlegg 2 Artikkel

Vedlegg 3 NSD godkjenning

Vedlegg 4 Spørjeskjema

Vedlegg 5 Forfatarrettlear frå tidsskrift

## 1 Innleiing

Forsking omtalar utfordringar knytt til samhandlinga mellom helsepersonell og pårørande både frå helsepersonell og pårørande si side. Målet med denne litteraturgjennomgangen er derfor å få ei større forståing av kva kunnskap helsepersonell kan ha nytte av, for å leggje til rette for god samhandling med pårørande til eldre pasientar som bur heime.

Dette er ei teoretisk oppgåve som ikkje byggjer på eigne empiriske data, men er ei utdjuping av sentral forsking om samhandling med pårørande og er bakgrunn for eit forskingsprosjekt som eg har gjennomført. Litteraturgjennomgangen drøftar temaet med utgangspunkt i relevant litteratur, men må ikkje tolkast som ein systematisk oversikt. Framgangsmåte for framskaffing av litteratur er gjort greie for i vedlegg. Vedlagt følgjer også artikkelen, der eige forskingsprosjekt blir presentert. Artikkelen byggjer på ein studie som har undersøkt kva opplæring helsepersonell har fått i pårørandearbeid. Resultata frå studien blir berre nemnt i denne gjennomgangen.

Først i oppgåva kjem ein presentasjon av bakgrunnen for problemstillinga med utgangspunkt i politiske føringar. Vidare blir det forklart korleis relevante omgrep blir nytta i denne oppgåva. For å få ei betre forståing av kva kunnskap helsepersonell kan ha nytte av i møte med pårørande, vil denne oppgåva drøfte kva som kan påverke pårørande sine ønskjer i samhandling med helsepersonell. Den siste delen av oppgåva omhandlar helsepersonell sitt perspektiv på samhandling, der helsepersonell sine utfordringar i samhandlingssituasjonen blir drøfta. Til slutt i oppgåva kjem eit eksempel på tiltak for å betre samhandlinga.

Det må presiserast at pasienten er ein viktig part i samhandlinga, sjølv om det i denne oppgåva blir omtala som samhandling mellom helsepersonell og pårørande. Først og fremst må pårørandeomgrepet avklarast. I Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) blir ein person definert som pårørande når han/ho er den nærmaste til ein person som er avhengig av hjelp, per definisjon ein pasient. Det er pasienten sjølv som definerar kven pårørande er (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Likevel vil pårørande ofte vere den nære familien, slik som omgrepet tradisjonelt har vore nytta (Rønning, Schanke & Johansen, 2009). Pårørande er då først og fremst ektefelle, foreldre og barn. Men pårørande kan og vere venar, naboar eller fjerne slektningar. Pårørande kan dermed vere mange ulike menneske med ulike livssituasjonar, og med ulik tilknytning til pasienten.



## 2 Ein ny pårørandepolitikk

Pårørande sin innsats blir omtala som den «usynlege omsorga» i ei offentleg utgreiing (NOU 2011:11, 2011). Rapporten framhevar behovet for ein ny pårørandepolitikk. Den demografiske endringa i alderssamansetninga og framtidig behov for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren er viktige grunnar for at endringa er naudsynt, slik at vi finn fram til gode løysingar som vil vere berekraftige i eit lenger perspektiv. Dette gjeld også for dei fleste vestlege land. I følgje NOU «Innovasjon i omsorg» kan omsorgsutfordringane vi står overfor ikkje berre løysast ved at helse- og sosialtenesta får tilført meir fagpersonell, nye institusjonar og nye formelle hjelpeordningar (NOU 2011:11, 2011). Meldinga til stortinget «Morgendagens omsorg» (2012-2013), 2013) presenterer derfor ein politisk tanke om å ta i bruk samfunnet sine samla omsorgsressursar på ein ny måte, med grunnlag i eit offentleg ansvar. Det blir då særskilt lagt vekt på pårørande sin innsats som omsorgsgivar.

Det blir anslått at pårørande står for om lag halvparten av den omsorga eldre mottar i Norge (Rønning et al., 2009). Den politiske målsetjinga er å halde denne innsatsen stabil. Den nye pårørandepolitikken vektlagt at helsetenesta må synleggjere, verdsette og støtte pårørande som står i ei krevjande omsorgsoppgåve (Meld. St. nr. 29 (2012-2013), 2013). Vidare rettar meldinga merksemd mot at det må bli lettare å kombinere arbeid og omsorgsansvar, samtidig som likestilling mellom kjønn må vere eit viktig fokus. Helsepersonell må dermed støtte og stimulere pårørande som omsorgsgivarar, samtidig som pårørande må ivareta slik at dei ikkje pådrar seg helsemessige belastningar (Meld. St. nr. 29 (2012-2013), 2013). I meldinga blir det derfor retta merksemd mot å betre samhandlinga mellom den offentlege og den uformelle omsorg. Samhandling mellom pårørande og helsepersonell er ikkje eit nytt tema. Det er til dømes utarbeida nasjonale faglege retningslinjer for samarbeidet med pårørande innan psykisk helseteneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008), samt at det er sett fokus på korleis ein skal ivareta barn som pårørande (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Det er enda ikkje utarbeida retningslinjer for samarbeid med pårørande til eldre pasientar med eit omfattande hjelpebehov.

### 2.1 Kommunehelsetenesta

Oppgåvefordelinga innanfor velferdstenestene har endra seg etter at samhandlingsreforma vart innført i 2012. Den politiske målsetjinga for reforma er å sikre eit berekraftig, heilskapleg og samanhengande tenestetilbod av god kvalitet, tilpassa den einskilde pasient (St. Meld. nr. 47 (2008-2009), 2009). Samtidig som det blir retta merksemd mot førebygging og tidleg intervensjon. Kommunehelsetenesta har fått eit stort ansvar for gjennomføringa av reforma, og fleire oppgåver er blitt overført frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta.

Kommunehelsetenesta si sentrale rolle i velferdstenesta er likevel ikkje ein heilt ny politikk. Etter krigen begynte velferdsstaten sin utbyggingsperiode, og frå 1960 vart den offentlege heimetenesta i Norge bygd ut for fullt (Ytrehus, 2012). Frå 1980-talet har desentralisering og kommunealisering vore målsetjinga for velferdspolitikken (Ytrehus, 2012). Vidare har fokuset vore at eldre skulle få bu heime så lenge som mogleg, noko som førte til reduksjon i utbygginga av institusjonar frå 1990-talet. Utbygginga av heimetenesta var ein føresetnad for heimebasert omsorg, og det er stadig fleire som mottar heimetenester. Denne utviklinga er lik for dei nordiske landa (Ytrehus, 2012).

Nyare undersøkingar viser at kommunehelsetenesta har utfordringar knytt til dei nye oppgåvene. Funn frå undersøkingar som er gjort etter at samhandlingsreforma vart innført, viser at kommunehelsetenesta har fått ansvar for fleire og dårlegare pasientar, særskilt gjeld dette for store kommunar (Abelsen, Gask, Nødland & Stephansen, 2014; Øyen et al., 2015). I ei kvalitativ undersøking kom det fram at ordførarar og rådmenn meinte at ei av hovudutfordringane for kommunane er avgrensa ressursar til å realisere pålagde oppgåver, og at dette fører til nedprioritering av oppgåver knytt til førebygging og brukarmedverknad (Kassah, Tønnessen & Tingvoll, 2014). Førebygging og brukarmedverknad vil vere viktig område innan omsorg for pårørande. Dette kan bety at merksemda rundt pårørande sin situasjon, og ivaretaking av deira behov, kan bli nedprioritert. I denne samanhengen kan ein stille spørsmål ved om det frå politisk hald kjem motstridande føringar overfor kommunehelsetenesta. På den eine sida vektlegg politiske føringar auka merksemd rundt pårørande si rolle, men på den andre sida har kommunehelsetenesta avgrensa ressursar til å utføre pålagde oppgåver.

## 2.2 Den eldre pasienten

Befolkninga si alderssamansetning er i endring, og det er forventa at vi blir stadig fleire eldre. Når menneske blir eldre skjer ein jamn reduksjon av kroppen sine funksjonar, noko som medfører svekka evne til å stå i mot og overvinne sjukdom (Engedal, 2008). Eldre og gamle menneske vil derfor vere utsatt for sjukdom som kan medføre eit stort og samansett hjelpebehov.

Fleire studiar har sett at pårørande sitt bidrag kan vere avgjerande for at eldre pasientar med eit samansett hjelpebehov skal få bu heime så lenge som mogeleg (Jakobsson, Hansen & Kotsadam, 2012; McPherson, Kayes, Moloczij & Cummins, 2014; Tønnessen, Førde & Nortvedt, 2009). I denne samanhengen er det verdt å merke seg at haldningane i den eldre generasjonen viser at dei føretrekk hjelp frå den offentlege velferdstenesta framfor familien (Daatland, Herlofson & Lima, 2011).

Forfattarane knytt denne haldninga i den eldre generasjonen til eit ønskje om ikkje å vere til byrde

for sine pårørende. Det kan også vere ei belastning for den eldre å vere prisgitt sine nærmaste pårørende. På bakgrunn av desse studiane kan ein argumentere for at god samhandling mellom helsetenesta og pårørende er i tråd med pasienten sine interesser. God samhandling kan bidra til at eldre kan bu heime, men samtidig ikkje måtte oppleve å vere ei byrde og til belastning for sine pårørende.

### **2.3 Familieomsorga – utvikling og kulturelle variasjonar**

Det er ulike syn på familien, og kva som er familien sitt ansvar. Over tid har familiestrukturen, rollene og oppgåvene til familien endra seg. Til dømes har fleire samlivsbrot ført til oppsplitting av familiar, og nye familietypar har komme til (Bengtson, 2001; Lingsom, 1997). Ei generell tru har vore at når fleire lever aleine vil det redusere familieomsorga, men samtidig har ei aldrande befolkning ført til at familien no i større grad enn tidlegare består av fleire generasjonar som lever lenger saman (Bengtson, 2001; Lingsom, 1997). Lenger liv saman kan bidra til auka familiehjelp, og at familien hjelper kvarandre på tvers av generasjonar. Resultat frå Bengtson (2001) sin longitudinelle studie tyder på at det er sterke emosjonelle band mellom familiemedlemmane, og at dei emosjonelle banda er relativt stabile over tid, sjølv om familiestrukturen har endra seg til stadig større variasjon i familietypar. På tross av at familien har endra seg tyder utviklinga også i Noreg på at familieomsorga er relativt stabil (Daaltland & Veenstra, 2012; Lingsom, 1997).

Ulike kulturar og samfunn vil ha ulikt syn på kva som er familien sitt ansvar og kva som er det offentlege sitt ansvar (Thorsen, 2001). Samtidig kan kulturelle forskjellar påverke korleis familien ser på si eiga rolle som omsorgsgivarar, noko som igjen vil kunne påverke korleis familien ønskjer å samarbeide med det offentlege hjelpeapparatet. Daatland, Slagsvold og Lima (2009) har studert befolkninga sitt syn på eldreomsorga. I studien kom det fram at befolkninga i Norge meiner at omsorg for eldre er eit offentleg ansvar, medan familien sitt bidrag skal vere eit supplement. Denne haldninga til familien si rolle skil seg frå andre land i Europa (Daatland et al., 2009). Tilgang til hjelp frå offentlege velferdstenester og kulturelle forskjellar vil kunne medføre at det er ulike haldningar til pårørende si omsorgsrolle i ulike land. Likevel peikar ein ny norsk studie på at meir offentleg hjelp ikkje ser ut til å redusere familieomsorga, men fører til at pårørende tar på seg andre oppgåver (Jakobsson et al., 2012).

## 2.4 Pårørende sitt bidrag i Norge

Studiar tyder på at omsorgsrolla for pårørende i stor grad omfattar praktiske oppgåver og emosjonell støtte (Daatland & Herlofson, 2004; Romoren, 2003). Den praktiske hjelpa kan vere innkjøp, matlaging, husarbeid eller følgje til lege. Men forskning viser også at pårørende bidrar med omfattande pleieoppgåver (Jakobsson et al., 2012). Pleieoppgåver blir då forstått som hjelp til påkledning, personleg hygiene, medisinerer eller hjelp til matning. I tillegg kan pårørende ha ei viktig rolle for å sikre at pasienten får tilfredstillande hjelp frå velferdstenesta (Romøren, 2003; Tønnessen et al., 2009). Andre studiar viser til at manglande informasjon mellom og innanfor einingar i pleie- og omsorgstenesta kan føre til at pårørende får ei koordinerande rolle (Øyen et al., 2015). Studiane belyser ulike oppgåver som pårørende utfører, men vi har ingen fullstendig oversikt over kva oppgåver pårørende bidrar med i eldreomsorga i Noreg. Ei forklaring på dette kan vere at det er ulikt kva pårørende oppfattar som ei omsorgsoppgåve, noko som gjere det utfordrande å få oversikt over pårørende sitt bidrag. Eit døme er pårørende som beskriv praktiske oppgåver som noko dei ville utført uavhengig av om familiemedlemmane er sjuke eller friske (Øyen et al., 2015).

## 2.5 Samhandling

Vi har sett at det er fleire grunnar til at god samhandling mellom helsepersonell og pårørende er viktig. For det første er det nødvendig for å ivareta pårørende som har omsorg for eldre hjelpetrengande. Dessutan kan samhandling i mange tilfelle vere ein viktig del for å kunne gi god omsorg til pasienten. Samtidig som helsetenesta i realiteten er avhengig av pårørende sitt bidrag, gitt det omfattande bidraget som vi veit at familien yter.

Omgrepet samhandling vert nytta om samarbeid i mange ulike samanhengar og på ulike nivå. På generelt grunnlag kan samhandling bli forstått som eit samarbeid i situasjonar der det ikkje fins ein aktør som har fullstendig kontroll over ein prosess eller utføringa av ei oppgåve (Bukve & Kvåle, 2014). Ein vesentleg rammefaktor i samhandlingssituasjonen mellom pårørende til hjelpetrengande eldre og velferdstenesta er at det berre er den eine parten, det vil seie den offentlige tenesta, som har plikt til å yte hjelp og dermed plikt til å få til eit samarbeide. Pårørende har ingen juridisk plikt til å ta vare på eldre familiemedlemmar som treng hjelp, verken økonomisk eller med anna omsorg. Helsepersonell har også eit juridisk ansvar for å leggje til rette for pårørandeinvolvering (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Eit vilkår for pårørandeinvolvering er at det er i tråd med pasienten sine ønskjer når pasienten er samtykkekompetent.

Reint praktisk fins det ulike generelle råd for korleis eit samarbeid kan eller bør utførast. Bukve og Kvåle (2014) hevder at partane må finne fram til felles mål, felles forståing av situasjonen, ha tilstrekkeleg tillit til kvarandre, utveksle nødvendig informasjon og ha kunnskap for å kunne utføre ei oppgåve gjennom samhandling. Det er derimot rimeleg å rekne med at det vil vere store variasjonar i kva som vil krevjast for å få til god samhandling med pårørande. Fleire studiar har vist at både pårørande og helsepersonell opplever at det er utfordringar knytt til samhandlinga (Kemp, Ball & Perkins, 2013; McPherson et al., 2014; Storm, Siemsen, Laugaland, Dyrstad & Aase, 2014; Ward-Griffin & Marshall, 2003). I kvalitative studiar som har sett på pårørande sitt syn på samhandling, kjem det fram at dei ikkje føler seg verdsett og at kunnskapen dei har ikkje blir etterspurt (Dunér, 2010). Pårørande etterlyser også at helsepersonell har meir individuell tilnærming til samhandlinga (Dunér, 2010; McPherson et al., 2014). Thorsen (2001) peikar på at pårørande sjeldan blir medrekna som ein samarbeidspart i omsorgstenesta, dermed har dei liten moglegheit til å påverke sin eigen situasjon. Det er også retta kritikk mot manglande teoretisk rammeverk og metodar for samhandling mellom pårørande og helsepersonell (Kemp et al., 2013; Ward-Griffin & Marshall, 2003).

Vi har sett at ansvaret for eldre hjelpetrengande primært er eit offentleg ansvar, utgangspunktet blir derfor at det er tenesta sitt ansvar å leggje til rette for god samhandling med pårørande. Helsepersonell har dermed eit ansvar for å sette seg inn i og prøve å forstå pårørande sine behov og situasjon, og dei er ansvarlege for at partane har felles mål, utvekslar informasjon og at samarbeidet byggjer på eit tillitsforhold. Helsepersonell sin kunnskap om pårørandeomsorg kan tenkast å vere ein viktig føresetnad for at helsepersonell skal kunne ta ansvar for samhandlinga med pårørande. Men vi veit lite om kva kunnskap helsepersonell treng i samhandling med pårørande.

Hensikta med denne litteraturgjennomgangen er å gjere greie for sentral kunnskap som helsepersonell i heimetenesta kan ha nytte av i samhandling med pårørande til eldre heimebuande pasientar. Dette er kunnskap som vil danne eit grunnlag for helsepersonell sitt møte med, og samhandling med pårørande. Dei tema som blir tatt opp og drøfta her i det følgjande er konsekvensar av omsorgsansvar for pårørande, pårørande sine behov og situasjon, og korleis pasienten sine behov påverkar kva hjelp pårørande treng. Vidare blir helsepersonell sitt perspektiv på samhandling diskutert.

### **3 Kva kunnskap kan helsepersonell ha nytte av i møte med pårørande?**

Det er mange faktorar som påverkar korleis pårørande opplever omsogsrolla, og kva hjelp og støtte dei ønskjer. Gjennom god samhandling skal helsepersonell ivareta pårørande og pasient.

Helsepersonell må derfor ha kunnskap om pårørande sitt syn på kva som kan fremje god samhandling. Samtidig treng helsepersonell kunnskap om pårørande sin situasjon og behov, for å kunne identifisere pårørande som treng støtte, og for å kunne gi tilpassa støttetiltak.

#### **3.1 Konsekvensar av omsogsrolla for pårørande**

Forsking har retta særskilt merksemd mot «byrdeperspektivet» for pårørande. Ulike studiar har sett på sjølvrapportert livskvalitet og omsogsbelastning hos pårørande (Papastavrou, Kalokerinou, Papacostas, Tsangari & Sourtzi, 2007; Pinguart & Sörensen, 2003; van Campen, de Boer & Iedema, 2013). Denne forsking viser at omsogsrolla kan vere ei fysisk og psykisk belastning for pårørande, og dermed føre til dårlegare helse og redusert livskvalitet. Samla har forsking med fokus på «byrdeperspektivet» gitt kunnskap om den omfattande omsogsoppgåva pårørande kan ha, og kva belastning det kan medføre. På denne måten kan pårørande sitt bidrag bli gjort meir synleg. Samtidig som kunnskapen gjer det mogeleg for helsepersonell å få innsikt og forståing for kva det inneberer for pårørande å bidra med omsorg.

Samtidig er det interessant å sjå at det også er forsking som peikar på at omsogsrolla kan vere positiv for pårørande, og at pårøranderolla kan vere assosiert med høg livskvalitet (Ratcliffe, Lester, Couzner & Crotty, 2013; van Campen et al., 2013). Positive konsekvensar av pårøranderolla kan knyttast til at det opplevast som meiningsfullt og tilfredstillande å hjelpe sine nære familiemedlemmar til ein god alderdom (Dunér, 2010). Sjølv om studiane viser til positive konsekvensar for pårørande, kjem det fram at den positive opplevinga er med atterhald. I følgje van Campen et al. (2013) sin studie hadde pårørande sin sjølvrapporterte livskvalitet samanheng med tidsbruk på omsogsoppgåver, og omsogsrolla vart opplevd som negativt når belastninga vart stor. Det kan i så fall tyde på at det er ein grense for kor omfattande omsogsoppgåvene kan vere for at pårørande skal kunne oppleve omsogsrolla som positiv. Eit stort ansvar og omfattande arbeid vil kanskje uansett bli opplevd som ei byrde og vere belastande for pårørande. Samtidig vil det vere variasjonar hos pårørande, og kanskje vil nokre pårørande synes at eit lite omsogsansvar er krevjande.

Det er stilt fleire kritiske spørsmål til forskinga som omhandlar konsekvensar av uformell omsorg for pårørande. Kritikken peikar på at det ikkje alltid blir skilt mellom kva type hjelp pårørande bidrar med, praktiske eller pleieoppgåver, og at det heller ikkje blir sett på intensiteten av oppgåvene (Hansen, Slagsvold & Ingebretsen, 2013). Samtidig vil kulturelle forskjellar og ulikskapar i tilgangen til offentlege velferdsteneter kunne påverke pårørande si omsorgsrolle. Desse skilnadane må ein vere klar over når internasjonal forsking skal tolkast i ein nasjonal kontekst. Det er også peika på at vi har avgrensa kunnskap med utgangspunkt i dei pårørande sitt perspektiv og vurderingar. Blant anna har vi lite kunnskap om kva pårørande sjølv meiner er omsorgsoppgåver. Til dømes er det naturleg å tenkje at matlaging og husarbeid kan bli vurdert ulikt, alt etter om pårørande bur saman med pasienten eller ikkje. Det vil nødvendigvis vere store variasjonar i pårørande sitt syn og vurderingar, noko som vil bety at det er behov for mange ulike studiar med dette perspektivet. Til tross for desse avgrensingane har vi kunnskap om at omsorgsrolla kan få negative konsekvensar for pårørande, noko helsepersonell må ha kjennskap til for å førebygge at omsorgsbelastninga blir for stor.

### **3.2 Kva hjelp og støtte ønskjer pårørande**

Systematiske litteraturgjennomgangar viser at vi framleis manglar kunnskap om kva enkelttiltak i møte med pårørande som har dokumentert effekt (Lopez-Hartmann, Wens, Verhoeven & Remmen, 2012; Silva, Teixeira, Teixeira & Freitas, 2013). Grunnen til dette kan vere nettopp dei variasjonane som er innanfor gruppene, som det vart peika på overfor, noko som kan vere ein medverkande forklaring på at det er vanskeleg å dokumentere effekten av enkelttiltak (Lopez-Hartmann et al., 2012). Likevel seier studiane noko om intervensjonar som er retta mot pårørande til eldre heimebuande, og kva som kan hjelpe for å redusere depresjon, stress og byrde for pårørande. Denne forskinga viser at tiltaka som kan hjelpe er avlastningsopphald på sjukeheim, opplæringstiltak, emosjonell støtte både på individ- og gruppenivå eller teknologibaserte intervensjonar (Lopez-Hartmann et al., 2012). Felles for fleire av studiane er at dei vektlegg at hjelpetiltak for å støtte pårørande må vere individuelt tilpassa (Dunér, 2010; Lopez-Hartmann et al., 2012; McPherson et al., 2014; Silva et al., 2013).

I kvalitative studiar som undersøker pårørande si oppleving av samhandlinga med helsetenesta, ser det ut som at god omsorg til pasienten er eit av dei viktigaste tiltaka helsepersonell kan bidra med overfor pårørande (Dunér, 2010; McPherson et al., 2014; Øyen et al., 2015). Pårørande beskriv at dei ikkje kan slappe av og gje frå seg ansvaret før dei er trygge på at pasienten får den hjelpa han treng (McPherson et al., 2014). Samtidig beskriv pårørande at dei kan godta at dei må utføre oppgåver som

eigentlich er helsepersonell sitt ansvar, dersom pasienten er nøgd med hjelpa som helsetenesta yter (Øyen et al., 2015).

Det at pårørende først og fremst påpeikar kor viktig god omsorg frå helsetenesta til pasienten er, og at dei er tilfreds når denne omsorga er tilfredstillande, kan kanskje bli forstått som at dei ønskjer at helsepersonell skal ta over omsorga. Det er derimot mange studiar som viser at pårørende ønskjer å bli involvert i omsorga for pasienten (Dunér, 2010; Silva et al., 2013; Thorsen, 2001). Dette tyder på at pårørende nødvendigvis ikkje vil at helsetenesta skal ha eineansvaret for omsorga.

Samtidig kan pårørende si framheving av at pasienten sine behov blir ivaretatt, bli forstått som at pårørende i stor grad vil sette egne behov til side. Men studiar viser at pårørende gir uttrykk for at dei ønskjer individuelle tilpassingar der det blir tatt omsyn til kontekst, nettopp for at dei skal kunne ivareta egne behov og ha fleire roller (Dunér, 2010; McPherson et al., 2014; Thorsen, 2001). Samtidig peikar studiane på at pårørende synes det er utfordrande å ivareta egne behov. Eit eksempel på dette er pårørende som fortel om eit omfattande omsorgsansvar som medfører at dei ikkje får gjere ting dei har lyst til, som å besøke barnebarn eller gå på tur (Øyen et al., 2015). Dette kan tyde på at pårørende ønskjer avlastning for å ivareta egne behov, og ikkje berre når dei er heilt utslitne. Pårørende ønskjer også å bli involverte i planlegginga av omsorgstiltaka, slik at det blir mogeleg for dei å påverke sin eigen situasjon (Dunér, 2010; Thorsen, 2001). I lys av den norske kulturen si framheving av sjølvstende (Daatland & Herlofson, 2004), kan det tenkast at det er av stor verdi for pårørende at dei får vere med å bestemme korleis kvardagen deira skal vere.

Eit anna tiltak som pårørende opplever som viktig er deling av kunnskap (Øyen et al., 2015; Dunér, 2010). I desse kvalitative studiane uttrykker pårørende eit ønskje om at både helsepersonell, og pårørende sin kunnskap skal bli høyrte. I følge pårørende er helsepersonell sin ekspertkunnskap viktig, då dei treng kunnskap om sjukdommen og korleis dei kan ivareta pasienten, samt informasjon om korleis dei kan ivareta eigenomsorg (Silva et al., 2013). Men samtidig framhevar Thorsen (2001) at pårørende også ønskjer at deira erfaringar med kva hjelp den eldre pasienten treng blir etterspurt. Dette kan tyde på at pårørende er bevisst på sitt eige bidrag og si eiga rolle i samhandlingssituasjonen. Når pårørende er bevisste på sitt eige bidrag kan det styrkje deira oppleving av omsorgsrolla som meningsfull. Samtidig kan pårørende sitt ønskje om kunnskapsdeling bli forstått som eit forsøk på å synleggjere sitt eige bidrag overfor helsepersonell.



I kvalitative studiar utført i Norge kjem det fram at pårørande er kritiske til manglande kontinuitet blant personale (Øyen et al., 2015; Midtbø & Kvåle, 2010; Thorsen, 2001). Når mange ulike helsepersonell er innom kan det blir vanskeleg for alle partane i samhandlinga, på grunn av manglande tillit og informasjon, samt manglande innsikt i den enkelte sin situasjon. Ein konsekvens av manglande kontinuitet kan i følge Thorsen (2001) bli at pårørande opplever helsepersonell som oppgåveorienterte, og at dei dermed ikkje tar heilskapleg omsorgsansvar. Vidare kan manglande kontinuitet føre til at pårørande ikkje får tilstrekkeleg tillit til helsepersonell (Midtbø & Kvåle, 2010; Thorsen, 2001). I en slik situasjon kan vi stille spørsmål ved om det er mogeleg for pårørande å gje uttrykk for eigne behov. Samtidig kan det bli utfordrande for helsepersonell å gi god og tilpassa hjelp dersom dei ikkje kjenner pasienten og pårørande sin situasjon.

Gjennomgangen her viser at pårørande ønskjer at samhandlinga med helsepersonell skal vere individuelt tilpassa, noko som bidrar til at pårørande også kan ivareta eigenomsorg. For å gjere individuelle tilpassingar bør helsepersonell kjenne til ulike sider av pårørande sin situasjon som kan påverke korleis dei opplever omsorgsrolla.

### 3.3 Pårørande sin situasjon

Overfor har vi sett at det kan vere store variasjonar i pårørande sine ønskjer og behov. Det er retta kritikk mot forskinga som omhandlar pårørande som omsorgsgivarar fordi det ikkje i stor nok grad blir tatt stilling til ulike forhold hos pårørande som kan ha innverknad på omsorgsrolla (Hansen et al., 2013). Mange ulike sosiale og demografiske kjenneteikn hos pårørande vil kunne påverke korleis dei opplever omsorgsrolla. Slike kjenneteikn kan vere alder, helsetilstand, utdanning, arbeid, fleire roller, økonomi, kjønn, relasjonen og om pasienten og pårørande bur saman. Fleire studiar understrekar at pårørande er ei heterogen gruppe, og at tiltak må vere individuelt tilpassa (Lopez-Hartmann et al., 2012; Zarit, Femia, Kim, & Whitlach, 2010). Det er likevel verdt å merke seg at vi har kunnskap som peikar på at omsorgsrolla kan ha meir negative konsekvensar for nokre grupper framfor andre, særskilt ser dette ut til å gjelde for kvinner og eldre pårørande (Pinquart & Sörensen, 2003).

Studiar har vist at også eldre pårørande bidrar med omsorg, då ofte i kombinasjon med offentleg omsorg (McGee, Molloy, O'Hanlon, Layte & Hickey, 2008; Sigurðardóttir & Bravell, 2013). Eit særskilt trekk ved eldre som omsorgspersoner, er at dei kan ha utfordringa knytt til eiga helse. Eldre pårørande som kombinerer omsorg for eiga helse med omsorg for familiemedlemmar, kan samla få omfattande omsorgsoppgåver (Jowsey, McRae, Gillespie, Banfield & Yen, 2013). Ein konsekvens av dette kan vere at det er lite som skal til før omsorgsbelastninga blir for stor, og dei sjølve vil trenge

hjelp frå helsetenesta. I tillegg vil eldre pårørande som bidrar med omsorg i mange tilfelle bu saman med pasienten, noko som også kan påverke opplevinga av byrde for pårørande (Lingsom, 1997). Ei årsak til at belastninga kan bli særskilt stor når ein bur saman, er at pårørande i stor grad vil vere på vakt heile døgnet.

Den andre gruppa som skil seg ut er kvinnelege pårørande. Fleire nasjonale og internasjonale studiar har vist at kvinner kan oppleve pårøranderolla som meir belastande enn menn (Grov & Eklund, 2008; Lingsom, 1997; Pinguart & Sörensen, 2003). Ei forklaring på at kvinner opplever omsorgsrolla meir belastande enn menn, kan vere knytt til at kvinner utfører meir omsorg generelt. Samtidig kan det vere knytt større forventningar til kvinner sitt omsorgsbidrag, både frå helsetenesta, pasienten og kanskje også kvinner set større krav til seg sjølv. Kvalitative studiar omtalar at kvinner i større grad enn menn føler seg pressa til å ta på seg omsorgsrolla gjennom pasienten og samfunnet sine forventningar, og dermed opplever rolla som meir belastande (Dunér, 2010; Thorsen, 2001). Det er verdt å merke seg at ei ny undersøking i Norge ser ut til å støtte kvinnelege pårørande si oppleving av forventningar frå samfunnet, og da helsetenesta spesielt. I vignettundersøkinga kjem det fram at pasientar med mannlige pårørande ville fått tildelt meir hjelp frå heimetenesta enn pasientar med kvinnelege pårørande (Berge, Øien & Jakobbson, 2014). Forventningane til kvinner som omsorgsgivarar kan ein knytte til tradisjonar og kultur (Thorsen, 2001). Kvinner har alltid hatt omsorgsansvar, noko som kan ha ført til at innsatsen er mindre synleg. Samtidig peikar ei kvalitativ studie på at menn som uformelle omsorgsgivarar blir meir verdsatt av samfunnet (Dunér, 2010). Kanskje tyder dette på at menn som omsorgsgivarar er meir synleg, noko som kan gjere det lettare for dei å få hjelp og støtte, både frå det sosiale nettverket og frå velferdstenesta.

Haldningane og forventningane til kvinner som omsorgsgivar til eldre familiemedlemmar står altså framleis sterkt, både i samfunnet, hos pasienten og hos kvinna sjølv. Det er rimeleg å rekne med at forventningar frå pasienten og frå samfunnet til at pårørande skal ta på seg eit omsorgsansvar, kan bidra til motstridane følelsar for pårørande. Ambivalente haldningar til omsorgsrolla hos pårørande med omsorgsansvar er omtala i fleire studiar (Connidis, 2015; Dunér, 2010; Willson, Shuey & Elder, 2003). I følge Willson et al. (2003) opplever kvinner i større grad enn menn denne ambivalensen. På den eine sida ønskjer pårørande å bidra med omsorg til familiemedlemmar som treng hjelp i eldre år. Det kan til dømes vere ut frå eit ønskje om å gjere gjengjeld til foreldre som før har gitt mykje hjelp og støtte til dei (Øyen et al., 2015; Dunér, 2010). Men på den andre sida vil pårørande oppleve at omsorga går ut over andre plikter, eigne interesser eller yrkesaktivitet.

Ei potensiell rollekonflikt som har fått stor politisk merksemd er mellom rollene omsorgsgivar og arbeidstakar (NOU 2011:11, 2011). I utgreiinga blir det framheva at helsetenesta må motverke at fleire roller blir ei ekstra belastning for pårørande. Det er derimot studiar som viser at ein kombinasjon av meningsfulle aktivitetar, som arbeidstakar og uformell omsorgsgivar, kan vere positivt for pårørande (van Campen et al., 2013). Ei forklaring på at ulike roller kan bidra positiv og hindre oppleving av ambivalens, kan vere knytt til at fleire roller bidrar til eit sosialt nettverk, som potensielt kan gi støtte. Andre studiar har omtala at fleire roller og aktivitetar kan verke som ein stressbuffer for pårørande (Hansen et al., 2013). Resultata frå denne norske studien antyda at det ikkje er ein spesiell risiko ved å kombinere arbeid med omsorgsansvar for foreldre.

Motstridande følelsar kan dermed påverke korleis pårørande opplever og utfører omsorgsrolla. I denne samanhengen blir ambivalens trekt fram som eit viktig fenomen, som då også helsepersonell bør kjenne til, for å forstå dynamikken, kompleksiteten og til tider krevjande motsetningar i familielivet (Bengtson, 2001; Connidis, 2015).

Vi ser her at ein føresetnad for god samhandling kan vere at helsepersonell ser dei ulike aspekta i pårørande sin situasjon, og forsøker å forstå kva innverknad det kan ha på pårørande si oppleving av omsorgsrolla og behova til pårørande. I tillegg til at forhold hos pårørande sjølv kan ha noko å seie for korleis dei vil at møtet med helsepersonell skal vere, vil også pasienten sine behov verke inn på samhandlinga.

### **3.4 Behova til pasienten**

Gjennomgangen av litteraturen overfor peikar i stor grad på variasjonar hos pårørande, samtidig ser vi at pasienten sin diagnose og behov for hjelp kan påverke kva utfordringar pårørande står overfor. Grov og Eklund (2008) har i sin studie samanlikna pårørande til eldre skrøpelege med pårørande til pasientar med kreft i palliativ fase. Resultata tyder på at omsorgsrolla overfor skrøpelege eldre er meir krevjande enn å gi omsorg til eit familiemedlem med kreft i palliativ fase. I følgje forfattarane kan årsaker til dette vere at pårørande står i omsorgsrolla over tid, samtidig som omsorgsoppgåvene kan vere omfattande. Pasienten sitt behov for hjelp, både i omfang og oppgåver, vil dermed ha innverknad på omsorgsrolla for pårørande.

Det vil då vere naturleg å tenkje at auka hjelp frå helsetenesta vil bidra til at belastninga til pårørande blir redusert. I denne samanhengen må ein vere merksam på at auka offentleg hjelp, ikkje nødvendigvis vil kunne fungere avlastande på alle områder for pårørande. Sjølv om andre tar over

delar av omsorga, kan både den følelsmessige belastninga og anna innsats gjere til at pårørande framleis opplever omsorga som tyngande. Internasjonal forskning viser eit meir komplekst bilete av støtte og avlastningstiltak. Resultata tyder på at det er usikkert kva innverknad auka hjelp til «Activity Daily living» frå formelle omsorgsgivarar har på den psykiske belastninga til pårørande (Malhotra, Malhotra, Østbye, Matchar & Chan, 2012). Det kjem fram i studien at dette avheng av hukommelsen og åtferdsproblema til pasienten. For å forstå opplevinga av belastning hos pårørande, må ein derfor kjenne til korleis pasienten sin sjukdom påverkar pårørande sin situasjon. Til dømes vil personar med demens endre personlegdom, noko som kan føre til tap av kontroll, einsemd, bytte av rolle og tap av fridom og samkjensle hos pårørande (Jakobsen & Homelien, 2013; Malhotra et al., 2012). Pårørande til personar med demens vil oppleve fleire tap, samtidig som dei kan vere urolege for pasienten og oppleve eit stort ansvar for å passe på pasienten, av og til gjennom heile døgnet.

Gjennomgangen viser at pårørande i stor grad ønskjer å bidra med omsorg. Derfor må helsepersonell gi støtte og avlastning som er tilpassa den einskilde pårørande sin situasjon, slik at omsorgsrolla kan bli ei positiv oppleving. Gode individuelle tilpassingar kan bety fleksible løysingar, og at helsepersonell må gjere sjølvstendige vurderingar i møte med pårørande, noko som peikar på eit behov for kunnskap hos helsepersonell. Vidare i oppgåva blir derfor helsepersonell sitt utgangspunkt for samhandling med pårørande diskutert.

#### **4 Kva opplæring har helsepersonell i pårørandearbeid**

Nasjonalt er det lite forskning om kva kunnskap helsepersonell kan ha nytte av i samhandling med pårørande, og om dei har denne kunnskapen. Resultata frå min eigen studie, jfr. vedlagt artikkel, viser at helsepersonell i liten grad har deltatt på opplæring i pårørandearbeid. Sørfonden og Finstad (2012) har også, på bakgrunn av ein pensumgjennomgang, diskutert om familie- og pårørandeperspektivet er for lite vektlagt i norske sjukepleieutdanningar. I andre land blir det lagt vekt på familien i utdanninga, og det er ulike tilnærmingar til opplæring om familien (Nyirati, Denham, Raffle & Ware, 2012). Det blir argumentert for at dersom familien skal bli ein sentral del av sjukepleiepraksis, må teoriar om og praktisk tilnærming til arbeid med familien inkluderast i utdanninga (Chu Kee Lee, Shing On, Siu LingChan & Chung, 2010; Fast Braun, Hyndman & Foster, 2010; Murray, 2008). På denne måten kan det å tenke på familien bli ein integrert del av sjukepleiepraksis (Chu Kee Lee et al., 2010; Fast Braun et al., 2010).

## 4.1 Helsepersonell sitt perspektiv på familien

Opplæring om familien og pårørende sin situasjon vil vere nyttig kunnskap for helsepersonell i samhandling med pårørende, samtidig vil også ulike teoretiske perspektiv kunne bidra til innsikt og forståing.

Ei vanleg meining som blir uttrykt i nasjonal sjukepleielitteratur om familien, er at sjukepleie og medisin tradisjonelt sett har hatt enkeltindivid i fokus innanfor eldreomsorga (Kirkevold, 2001). Det er derfor ei vanleg tru at helsepersonell sitt perspektiv har hatt det sjuke menneske i fokus for pleie og omsorg, og familien blir sett på som kontekst for pleie (Kirkevold, 2001). Dette synet inneber ei oppfatning av at sjukdommen vil påverke heile familien, men det er pasienten som er fokus for pleia, og pårørende blir inkludert gjennom ei holistisk tilnærming. Eit anna, og til dels konkurrerande syn på familien, er perspektivet som ser på familien som ei einig (Wright & Leahey, 2009). Dette synet, familien som ei eining, er forankra i systemteoretisk perspektiv, og har ei forståing av at endringar i ein del av systemet får konsekvensar for heile systemet. Omsorgstiltaka vil derfor inkludere heile familien. Dette perspektivet er utbreidd internasjonalt, og vektlagt i utdanninga med program som inneheld sjukepleie til familien (Chu Kee Lee et al., 2010; Nyirati et al., 2012)

I denne samanhengen kan ein stille spørsmål ved om andre trendar i utviklinga av teneste til eldre og familien, i realiteten peikar mot ei meir oppsplitting av tenestene, som i så fall skulle innebere vanskar med å få til eit heilskapleg tilbod til familien. Ein ny norsk rapport peikar på ein tendens til ei dreining frå heilskapleg omsorg og pleie, til meir behandling og pleie i kommunehelsetenesta (Abelsen et al., 2014). Dette skiftet ser ut til å gjelde for heile kommunehelsetenesta, også heimetenesta. Samtidig viser undersøkingar etter samhandlingsreforma vart innført at helsepersonell rapporterer om eit større ansvar for komplekse oppgåver, og mindre tid til omsorgsoppgåver og psykisk støtte (Gautun & Syse, 2013; Øyen et al., 2015). Ettersom pårørende tradisjonelt har blitt inkluderte gjennom at helsepersonell har tenkt heilskapleg i møte med pasienten, kan ein stille spørsmål ved korleis endringane vil påverke merksemda mot pårørandeomsorga. Kanskje er denne utviklinga ei motsetning til pårørende sine ønskjer om individuell tilpassing og at det blir tatt omsyn til kontekst.

## 4.2 utfordringar ved samhandlinga

I samhandlingssituasjonar er det retta kritikk mot helsepersonell sitt opplæringsperspektiv, og dermed ekspertrolle i møte med pårørende. Det har blitt hevda at opplæringsperspektiv har vore ein sentral del av sjukepleiar sitt møte med pårørende (Kirkevold, 2001). Kontakta mellom sjukepleiar og pårørende har då omfatta formidling av kunnskap, informasjon, opplæring og motivasjonsarbeid. I

følgje Kirkevold (2001) har også pårørande sine forventningar til helsevesenet vore knytt til det å få informasjon og kunnskap. Forsking peikar på at opplæringsperspektivet kan medføre avgrensingar i samhandlinga mellom pårørande og helsepersonell, fordi det ikkje i stor nok grad inkluderer deling av kunnskap. Kritikken som blir retta mot dette område omhandlar at pårørande opplever at deira kunnskap ikkje blir etterspurt og verdsett (Dunér, 2010; McPherson et al., 2014). Når helsepersonell ikkje etterspør pårørande sin kunnskap, kan det blir forstått som at dei ikkje ser pårørande sitt bidrag. På den andre sida er det studiar som nettopp viser at helsepersonell ser pårørande sitt bidrag (Laugaland, Aase, & Barach, 2012; Tønnessen et al., 2009). Manglande deling av kunnskap kan tyde på at pårørande sin kunnskap om pasienten og om familien ikkje blir vektlagt når helsepersonell skal planlegge og utføre tiltak. Som følgje av dette kan kanskje manglande informasjonsutveksling og involvering i planlegginga av omsorgstiltaka bli eit hinder for individuelt tilpassa tiltak, både i møte med pasienten og med pårørande.

På den andre sida vil det vere mange fordelar ved at helsepersonell har med seg dette opplæringsperspektivet, ettersom helsepersonell har kunnskap som pårørande kan ha nytte av i omsorgsarbeidet. Helsepersonell vil både ha fokus på opplæring for å ivareta pasienten, og for at pårørande skal kunne ivareta eigen helse. På bakgrunn av sin fagkunnskap har helsepersonell ein ekspertrolle i denne samanhengen, noko som kan bidra til at pårørande får tillit og føler seg trygg (Thorsen, 2001).

Fleire kvalitative studiar omtalar at helsepersonell opplever utfordringar i samhandling med pårørande. Ei utfordring som blir omtala er samhandlingssituasjonar der pasient og pårørande har ulik oppfatning av situasjonen og omsorgsoppgåvene (McPherson et al., 2014). I slike situasjonar er det ikkje alltid at helsepersonell eller pasient ser på pårørande som ein positiv bidragsytar, og helsepersonell må i enkelte tilfelle navigere rundt pårørande for å ivareta pasienten sine ønskjer (McPherson et al., 2014). Ei anna utfordring helsepersonell beskriv er pårørande som har store forventningar til kva hjelp dei kan få, noko som kommunehelsetenesta ikkje alltid kan innfri (Jakobsen & Homelien, 2013; Storm et al., 2014). Resultata frå Tønnessen et al. (2009) sin studie peikar på at helsepersonell meiner at dei pasientane og pårørande som krev mest, får mest hjelp. Det kjem fram at helsepersonell opplever dette som urettferdig. Men vi har lite kunnskap om korleis fordelinga av tilbodet faktisk blir påverka av pårørande sitt bidrag. Samla kan desse resultata bli forstått som at helsepersonell er usikker på kva som er det offentlege sitt ansvar og kva som er pårørande sitt ansvar, samt at det dei er usikre på rammevilkåra for samhandlinga med pårørande.

Dette kan bety at helsepersonell treng meir kunnskap, samt at det peikar på behov for meir systematisk tilnærming til samhandling med pårørande.

### 4.3 Korleis betre samhandlinga med pårørande?

Fleire studiar har retta kritikk mot manglande teoretisk rammeverk og metodar for å fremje eit godt samarbeid mellom pasient, pårørande og det offentlege (Dunér, 2010; Kemp et al., 2013; Tønnessen et al., 2009; Ward-Griffin & Marshall, 2003). Helsepersonell vil dermed kunne trenge kunnskap om ulike modellar og verkemiddel som kan fremje god samhandling. Eit verkemiddel, blant fleire, er kartleggingsverktøy som er utvikla for å få kunnskap om pårørande sin situasjon. Kartleggingsverktøy kan bidra til at helsepersonell får innsikt i pårørande sine behov og deira situasjon, samt nyttast til dokumentasjon (Grov & Eklund, 2008; Lévesque et al., 2010). Lévesque et al. (2010) har sett på nytten av verktøyet «Family Caregivers Support Agreement». I studien kom det fram at pårørande hadde positiv erfaring med bruken av verktøyet, dei følte seg høyrte, fekk reflektert over sin eigen situasjon og dei fekk delta i avgjersler. Helsepersonell framheva det som positivt at dei fekk innsikt i pårørande sin situasjon, men dei hadde motstridande opplevingar knytt til tidsbruken med kartleggingsverktøy. Det kom fram at dei var kritiske til at det var tidkrevjande å gå gjennom spørsmåla med pårørande, men samtidig erkjente helsepersonell at det kanskje var tidsaspektet som var viktig for at pårørande skulle føle seg høyrte og få tillit til helsepersonell. Den positive effekten av å sette av tid til samtale vart understreka frå både pårørande og helsepersonell.

Kanskje kan manglande systematisk tilnærming føre til at det i stor grad bli opp til kvar einskild helsepersonell å vurdere pårørande sitt behov, og korleis dei skal gå fram i ulike samhandlingssituasjonar. Samtidig ser det ut til at gjennomføring av systematisk kartlegging kan bidra til at det blir satt av tid i ein travel kvardag til å snakke med pårørande. I tillegg kan det vere eit utgangspunkt for dokumentasjon av pårørande sin situasjon, noko som kan bidra til informasjonskontinuitet. Sjølv om kartleggingsverktøy kan gi eit godt utgangspunkt for samhandling, vil det vere måten ein nyttar kunnskapen om pårørande sin situasjon og behov, som vil ha innverknad på om pårørande opplever samhandlinga som god. Bruk av denne type verktøy må også sjåast i samheng med pårørande sitt behov for individuelt tilpassa tenester, som påpeika overfor. Fleire av resultatata her tyder på at fleksible og tilpassa løysingar legg grunnlag for eit godt samarbeid. På bakgrunn av desse resultatata kan ein peike på avgrensingar ved å ha alt for spesifikke retningslinjer. Kanskje er det først og fremst kunnskap om pårørande sine behov, og forståing for pårørande sin situasjon som vil kunne bidra til god samhandling.

## 5 Konklusjon

Pårørande har ei viktig omsorgsrolle overfor eldre pasientar som bur heime. Gjennom god samhandling kan helsepersonell gi individuelt tilpassa støtte og hjelp til pårørande. Kunnskap om og forståing av pårørande og pasienten sin situasjon er ein føresetnad for å gi god og tilpassa hjelp.

Gjennomgangen viser at det er omfattande forskning på kva ønskjer og behov pårørande har. Dette er viktig kunnskap for helsepersonell som skal skape ein god samhandlingssituasjon med pårørande. Vi veit lite om helsepersonell faktisk har den kunnskapen som trengst for å leggje til rette for god samhandling. Helsepersonell bør derfor få opplæring i dei ulike forskingsområda innafor pårørandeomsorg, for å bidra til at helsepersonell får kunnskap om dei ulike perspektiva. For å kunne identifisere pårørande som treng hjelp og støtte, bør helsepersonell kjenne til at omsorgsrolla kan opplevast meir negativt for kvinner og eldre pårørande. Samtidig peikar resultata på at helsepersonell treng meir kunnskap om kva som er helsetenesta sitt ansvar i samhandling med pårørande.

Vi har framleis ikkje noko eintydig svar på korleis vi kan ivareta den einskilde pårørande, og mykje tyder på at samarbeidet mellom familien og det offentlege er lite utvikla. I ei tid med store endringar i kommunehelsetenesta kan derfor eit viktig bidrag i pårørandeomsorga, i tillegg til auka kunnskap, vere at helsetenesta har ei meir systematisk tilnærming til dette arbeidet.



## Litteraturliste

- Abelsen, B., Gask, M., Nødland, S. I. & Stephansen, A. (2014). *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie -og omsorgstenesten*. (Rapport 382/2014). Stavanger: International Research Institute of Stavanger.
- Bengtson, V. L. (2001). The Burgess Award Lecture: Beyond the Nuclear Family: The Increasing Importance of Multigenerational Bonds. *Journal of Marriage and Family*, 63(1), 1-16. doi: 10.2307/3599955
- Berge, T., Øien, H. & Jakobbson, N. (2014). *Formell og uformell omsorg: Samspillet mellom familien og velferdsstaten*. (NOVA Notat 3/2014). Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA.
- Bukve, O. & Kvåle, G. (2014). Eit lokalt helse- og velferdssystem under press. Oslo: Universitetsforlaget.
- Chu Kee Lee, A., Shing On, L., Siu LingChan, P. & Chung, J. O. K. (2010). Perceived Level of Knowledge and Difficulty in Applying Family Assessment Among Senior Undergraduate Nursing Students. *Journal of Family Nursing*, 16(2), 177-195. doi: 10.1177/1074840710366566
- Connidis, I. A. (2015). Exploring Ambivalence in Family Ties: Progress and Prospects. *Journal of Marriage and Family*, 77(1), 77-95. doi: 10.1111/jomf.12150
- Daaltland, S. O. & Veenstra, M. (2012). *Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen*. (NOVA Rapport 2/2012). Oslo: Norsk institutt for forskning av oppvekst, velferd og aldring.
- Daatland, S. O. & Herlofson, K. (2004). *Familie, velferdsstat og aldring: Familiesolidaritet i et europeisk perspektiv* (NOVA Rapport 7/2004). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst velferd og aldring.
- Daatland, S. O., Herlofson, K. & Lima, I. A. (2011). Balancing generations: on the strength and character of family norms in the West and East of Europe. *Ageing & Society*, 31(07), 1159-1179. doi:10.1017/S0144686X10001315

- Daatland, S. O., Slagsvold, B. & Lima, I. A. (2009). Population ageing, intergenerational solidarity and the family-welfare state balance: a comparative exploration. I A, Vikal, A Kveder, K, Hausotter & L. Rieneker. *How generations and gender shape demographic change: Towards policies based on better knowledge* (s. 127-138). United Nations Economic Commission for Europe
- Dunér, A. (2010). Motives, experiences and strategies of next of kin helping older relatives in the Swedish welfare context: a qualitative study. *International Journal of Social Welfare*, 19(1), 54-62. doi: 10.1111/j.1468-2397.2008.00631.x
- Engedal, K. (2008). *Alderspsykiatri i praksis : lærebok*. (2. Utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Fast Braun, V., Hyndman, K. & Foster, C. (2010). Family Nursing for Undergraduate Nursing Students: The Brandon University Family Case Model Approach. *Journal of Family Nursing*, 16(2), 161-176. doi: 10.1177/1074840710366565
- Gautun, H. & Syse, A. (2013). *Samhandlingsreformen: hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* (NOVA rapport 8/2013). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Grov, E. K. & Eklund, M. L. (2008). Reactions of primary caregivers of frail older people and people with cancer in the palliative phase living at home. *Journal of Advanced Nursing*, 63(6), 576-585. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04736.x
- Hansen, T., Slagsvold, B. & Ingebretsen, R. (2013). The Strains and Gains of Caregiving: An Examination of the Effects of Providing Personal Care to a Parent on a Range of Indicators of Psychological Well-Being. *Social Indicators Research*, 114(2), 323-343. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-012-0148-z>
- Jakobsen, R. & Homélien, S. (2013). Comprehending the situation of family caregivers with a relative having dementia. *Geriatrisk Sykepleie*, 5(1), 22-28.

- Jakobsson, N., Hansen, T. & Kotsadam, A. (2012). Er det sammenheng mellom uformell og formell omsorg i Norge? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 15, 168-175.
- Jowsey, T., McRae, I., Gillespie, J., Bandfield, M. & Yen, L. (2013). Time to care? Health of informal older carers and time spent on health related activities: an Australian survey. *BMC Public Health*. 13:374 . <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/374>
- Kassah, B. L. L., Tønnessen, S. & Tingvoll, W. A. (2014). Samhandlingsreformen: utfordringer, løsninger og implikasjoner. I B.L.L. Kassah, W. A. Tingvoll & A. K. Kassa (Red.), *Samhandling under lupen*. (s. 51-64). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kemp, C. L., Ball, M. M. & Perkins, M. M. (2013). Convoys of care: Theorizing intersections of formal and informal care. *Journal of Aging Studies*, 27(1), 15-29. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaging.2012.10.002>
- Kirkevold, M.(2001). Familiens plass i sykepleien. I M. Kirkevold & K. S. Ekern (Red.), *Familien i sykepleiefaget*. (s. 21-61). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Laugaland, K., Aase, K. & Barach, P. (2012). Interventions to improve patient safety in transitional care - a review of the evidence. *Work*, 41, 2915-2924.
- Lévesque, L., Ducharme, F., Caron, C., Hanson, E., Magnusson, L., Nolan, J. & Nolan, M. (2010). A partnership approach to service needs assessment with family caregivers of an aging relative living at home: A qualitative analysis of the experiences of caregivers and practitioners. *International Journal of Nursing Studies*, 47(7), 876-887. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.12.006>
- Lingsom, S. (1997). *The Substitution Issue: Care policies and their consequences for family care* (NOVA-Rapport 6/1997). Norwegian Social Research.
- Lopez-Hartmann, M., Wens, J., Verhoeven, V. & Remmen, R. (2012). The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: a systematic

review. *International Journal of Integrated Care*, 12(10)/8 URN:NBN:NL:UI:10-1-1131108/ijic2012-133

Malhotra, C., Malhotra, R., Østbye, T., Matchar, D. & Chan, A. (2012). Depressive symptoms among informal caregivers of older adults: insights from the Singapore Survey on Informal Caregiving. *International Psychogeriatrics*, 24(8), 1335-1346. doi: 10.1017/S1041610212000324

McGee, H. M., Molloy, G., O'Hanlon, A., Layte, R. & Hickey, A. (2008). Older people recipients but also providers of informal care: an analysis among community samples in the Republic of Ireland and Northern Ireland. *Health & Social Care in the Community*, 16(5), 548-553.

McPherson, K. M., Kayes, N. K., Moloczij, N. & Cummins, C. (2014). Improving the interface between informal carers and formal health and social services: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(3), 418-429. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.07.006>

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

Midtbø, T. & Kvåle, G. (2010). Perspektiv på samspel, kontinuitet og kvalitet i omsorgstenester for pasientar med demens i heimetenesta. *Norsk tidsskrift for Sykepleieforskning*, 12(3), 37-47.

Murray, I. (2008). Family Health Nurse Project: An Education Program of the World Health Organization: The University of Stirling Experience. *Journal of Family Nursing*, 14(4), 469-485. doi: 10.1177/1074840708327965

NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Nyirati, C. M., Denham, S. A., Raffle, H. & Ware, L. (2012). Where is Family in the Family Nurse Practitioner Program? Results of a U.S. Family Nurse Practitioner Program Survey. *Journal of Family Nursing*, 18(3), 378-408. doi: 10.1177/1074840712443872

Helse og omsorgsdepartementet (2008). *Pårørende - en ressurs*. (Veileder IS-1512). Oslo: Helsedirektoratet.

Helse og omsorgsdepartementet (2010). *Barn som pårørende*. (Rundskriv IS-5/2010). Oslo: Helsedirektoratet.

Pasient- og brukerrettighetsloven (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Pinquart, M. & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250-267. doi: 10.1037/0882-7974.18.2.250

Ratcliffe, J., Lester, L. H., Couzner, L. & Crotty, M. (2013). An assessment of the relationship between informal caring and quality of life in older community-dwelling adults - more positives than negatives? *Health & Social Care in the Community*, 21(1), 35-46. doi: 10.1111/j.1365-2524.2012.01085.x

Romoren, T. I. (2003). *Last Years og Long Lives: The Larvik study*. London: Routledge.

Rønning, R., Schanke, T. & Johansen, V. (2009). Frivillighetens muligheter i eldreomsorgen. (Vol. 11). Lillehammer: Østlandsforskning.

Sigurðardóttir, S. H. & Bravell, M. E. (2013). Older caregivers in Iceland: providing and receiving care. *Nordic Social Work Research*, 3(1), 4-19. doi: 10.1080/2156857X.2013.768180

Silva, A. L., Teixeira, H. J., Teixeira, M. J. C. & Freitas, S. (2013). The needs of informal caregivers of elderly people living at home: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 792-803. doi: 10.1111/scs.12019

St. Meld. nr. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.

Storm, M., Siemsen, I. M. D., Laugaland, K. A., Dyrstad, D. N., & Aase, K. (2014). Quality in transitional care of the elderly: Key challenges and relevant improvement measures. *International Journal of Integrated Care*, 2014;april-jun; URN:NBN:NL:UI:10-1-11478

- Sørfonden, W. B. & Finstad, H. H. (2012). Familieperspektivet i sykepleierutdanning og yrkesutøvelse. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 8, 75-83
- Thorsen, A. (2001). Den gamle, familien og sykepleieren. I M. Kirkevold & K. S. Ekern (Red.), *Familien i sykepleiefaget* (s. 170-187). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tønnessen, S., Førde, R. & Nortvedt, P. (2009). Fair Nursing Care When Resources Are Limited: The Role of Patients and Family Members in Norwegian Home-Based Services. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 10(4), 276-284. doi: 10.1177/1527154409357108
- van Campen, C., de Boer, A. H. & Iedema, J. (2013). Are informal caregivers less happy than noncaregivers? Happiness and the intensity of caregiving in combination with paid and voluntary work. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(1), 44-50. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.00998.x
- Ward-Griffin, C. & Marshall, V. W. (2003). Reconceptualizing the relationship between "public" and "private" eldercare. *Journal of Aging Studies*, 17(2), 189-208. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0890-4065\(03\)00004-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0890-4065(03)00004-5)
- Willson, A. E., Shuey, K. M. & Elder, G. H. (2003). Ambivalence in the Relationship of Adult Children to Aging Parents and In-Laws. *Journal of Marriage and Family*, 65(4), 1055-1072. doi: 10.1111/j.1741-3737.2003.01055.x
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2009). *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention*. (5 utg.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Ytrefhus, S. (2012). Bostadspolitik och det offentligas utbud av bostäder till äldre i Norge. I M. Abramsson & C. Nord (Red.), *Äldres boende: forskningsperspektiv i Norden*. (s.35-50). Lund: Studentlitteratur.
- Zarit, S. H., Femia, E. E., Kim, K. & Whitlach. (2010). The structure of risk factors and outcomes for family caregivers: Implications for assessment and treatment. *Aging & Mental Health*, 14(2), 220-231.

Øyen, K. R., Corneliussen, H., Sunde, O.S., Mittenmeier, E., Strand, G., Solheim, M. & Ytrehus, S.,  
(2015). *Hvordan har hjemmetjenesten i Sogn og Fjordane tilpasset seg  
samhandlingsreformen?* (Vol. R-NR 1). Vestlandsforskning/ Høgskulen i Sogn og Fjordane.

## Vedlegg 1

### Metode

Dette er ein litteraturgjennomgang som har drøfta tidlegare forskning på området. Litteraturen vart skaffa til veie ved å gjennomføre søk etter relevant litteratur i ulike databaser, og på forskjellige tidspunkt. Det vart gjennomført søk i januar 2014, juni 2014 og februar 2015. For å finne fram til relevante søkeord, vart det gjennomført søk etter «Mesh» ord i «Svemed+», samt ved gjennomgang av nøkkelord i artiklar. Søk etter litteratur vart derfor utvida med fleire søkeord ved det siste søket.

Det vart utført søk i “Academic Search Premier”, der databasane «Cinahl» og «Medline» vart valt. Søket vart avgrensa til å inkludere berre engelske artiklar. Søkeorda som vart nytta; home care, community dwelling, home care service, family caregiver, primary caregiver, informal caregiver, family carer, shared care, cooperative, cooperative behavior, collaboration, nursing education, education, competence, clinical competence, involvement, elderly, old age, Norway.

Enkeltsøk med desse søkeorda gav fleire tusen treff. For å utføre kombinerte søk, vart synonymord slått saman ved hjelp av «or», og deretter kombinert med «and». Resultata frå det systematiske søket;

Home care service/home care/community dwelling AND nursing education  
/education/competence/clinical competence AND Norway = 146

Family carer/informal caregiver/primary caregiver/family caregiver AND nursing education  
/education/competence/clinical competence AND collaboration/shared  
care/cooperative/cooperative behavior = 165

Home care service/home care/community dwelling AND Family carer/informal caregiver/primary  
caregiver/family caregiver AND Norway = 6

Home care service/home care/community dwelling AND Family carer/informal caregiver/primary  
caregiver/family caregiver AND participation/shared care/involvement/cooperative  
behavior/cooperative = 75



Det er også gjort søk i «SveMed+», i tildsskrifta “Sykepleie forskning”, “Nordisk tidsskrift for helsetjenesteforskning” og på heimesida til Velferdsforskningsinstituttet NOVA. Relevante artiklar er også skaffa ved gjennomgang av litteraturlista til artiklar som er lest.

Søkeorda gav mange treff, det er derfor gjennomført kombinasjon av dei ulike søkeorda. Relevante forskingsartiklar som var aktuelle knytt til fokuset for studien vart inkludert. Dette gjaldt artiklar som omhandlar heimetenesta, pårørande som omsorgsgivar og eldre pasientar som bur heime. Det er ikkje gjort avgrensingar i forhold til ulike somatiske sjukdommar. For dei fleste studiane er ikkje pasienten sin diagnose oppgitt, unnataket er forskning på demensomsorga. Studiar som omhandlar pasientar med psykiatriske lidingar er ekskludert, fordi samhandling med pårørande då kan vere av ein anna karakter. Pårørande som er inkludert har ulik relasjon til pasienten, men det er flest ektefelle eller vaksne barn i studiane som er inkludert. Hovudfokuset har vore pårørande til den eldste pasientgruppa, men nokre av studiane som er inkludert har ikkje tatt omsyn til pasienten sin alder. Denne litteraturgjennomgangen har retta seg mot alt helsepersonell, men det er derimot ikkje funnet forskning som berre omhandlar helsefagarbeidarar/ hjelpepleiarar/ omsorgsarbeidarar si samhandling med pårørande. Studiane som er inkludert omhandlar derfor i stor grad sjukepleiarar.

Det har vore utfordrande å få oversikt over litteraturen, kanskje hadde litteraturgjennomgangen blitt meir oversiktleg dersom det var avgrensingar for til dømes pasienten sin diagnose. Men samtidig vil mangfaldet kunne spegle realiteten i heimetenesta. Framskaffinga av litteratur følgjer ikkje krava til, og må derfor ikkje blir forstått som ein systematiske oversikt. Ei svakheit vil dermed vere at det sannsynlegvis er relevante forskning som ikkje er omtala i denne litteraturgjennomgangen, og som kunne kasta lys over fleire nyansar av den komplekse samhandlingssituasjonen.

Vedlegg 2

## **Samhandling med pårørende – har helsepersonell deltatt på opplæring?**

### **Collaboration with primary caregivers – participation of healthcare professionals in learning courses**

Olivia Sissil Sunde. E-post; [Olivia.Sissil.Sunde@hisf@no](mailto:Olivia.Sissil.Sunde@hisf@no), tlf. 57822503

Høgskulen I Sogn og Fjordane. Svanehaugvegen 1 6812 Førde

#### **Abstract**

Primary caregivers are an important resource for providing care for elderly patients living at home, however caring can be challenging. Little is known about Norwegian healthcare professional's participation in learning courses and their competence in terms to give help and support to primary caregivers.

The purpose of this study was to investigate whether healthcare professionals have been educated about the needs of primary caregivers. In addition to determine whether assessment of primary caregiver's needs and contribution was related to healthcare professionals participation in learning courses. A survey with structured questionnaire was sent to healthcare professionals who provided home care in 23 municipalities, in one county in Norway.

This study gave no clear answer about how the healthcare professional's training affected their collaboration with primary caregivers. However, the results indicated that healthcare professionals need more education about primary caregiver's situation.

Keywords: healthcare professionals; education; primary caregiver; collaboration; questionnaire; helsepersonell; opplæring; pårørende; samhandling; spørjeskjema

## Introduksjon

God samhandling mellom pårørende og helsetenesta blir sett på som ein viktig og nødvendig del av eldreomsorga (Meld. St. nr. 29 (2012-2013), 2013; NOU 2011:11, 2011; St. Meld. nr. 47 (2008-2009), 2009). Ei årsak til dette er at alderssamansetninga i befolkninga er i endring, og vi blir stadig fleire eldre. Politiske styringssignal rettar derfor merksemda mot at vi må ta i bruk samfunnet sine samla omsorgsressursar på ein ny måte, med grunnlag i eit offentleg ansvar, for å sikre berekraftige tenester for framtida (Meld. St. nr. 29 (2012-2013), 2013). Pårørende sitt bidrag blir framheva som ein sentral del av eldreomsorga, og det er ei politisk målsetjing å halde denne innsatsen stabil (Meld. St. nr. 29 (2012-2013), 2013). For å nå måla, må ein aktiv og framtidsretta pårørandepolitikk synleggjere, verdsette og støtte pårørende som står i krevjande omsorgsoppgåver.

Den nordiske velferdsmodellen legg opp til at omfattande omsorgsoppgåver er eit offentleg ansvar, medan pårørende skal ha ei komplementær rolle. Ei auka satsing på heimebaserte tenester i eldreomsorga har lagt til rette for pårørandeomsorg. Men på same tid har pårørandeomsorga lenge vore, og er framleis, ein føresetnad for heimebasert omsorg til eldre (Lingsom, 1997; Romoren, 2003; Wærness, 2002; Ytrehus, 2012).

Pårørende er i følgje Pasient- og brukerrettighetsloven (2001), den eller dei som pasienten sjølv definerar som pårørende. Likevel vil pårørende for mange vere den nære familien, slik som omgrepet tradisjonelt har vore nytta (Rønning, Schanke & Johansen, 2009). I følgje Rønning et al. (2012) viser anslag at pårørende står for om lag halvparten av den omsorga eldre mottar i Norge. Ein antar at pårørende sitt omsorgsbidrag først og fremst består av praktisk hjelp og emosjonell støtte, men det er også pårørende som bidrar med meir omfattande pleieoppgåver (Daatland & Herlofson, 2004; Jakobsson, Hansen & Kotsadam, 2012; Romoren, 2003).

Fleire studiar, både internasjonale og nasjonale, viser at pårørende til eldre heimebuande har ein svært krevjande pleie- og omsorgssituasjon, som kan bli både ei fysisk og psykisk belastning (Grovdal & Eklund, 2008; McGee, Molloy, O'Hanlon, Layte & Hickey, 2008; Pinquart & Sörensen, 2003). Det same har forskning innan pårørandeomsorg vist gjennom fleire ti-år (Lingsom, 1997; Romoren, 2003). Derimot er det også studiar som peikar på at omsorgsrolla kan ha positive følgjer, og opplevast som meningsfull for pårørende (Ratcliffe, Lester, Couzner & Crotty, 2013; van Campen, de Boer & Iedema, 2013). I denne samanhengen vil helsepersonell kunne spele ei viktig rolle, der samhandlinga kan verke både positivt og negativt inn på korleis pårørende opplever omsorgsrolla (Dunér, 2010; Lévesque et al., 2010; McPherson, Kayes, Moloczij & Cummins, 2014).

Det er fleire grunnar til at helsepersonell bør leggje vekt på god samhandling i møte med pårørende. Helsepersonell skal ivareta pårørende slik at omsorgsansvaret ikkje medfører helsemessig belastning. Vidare har helsepersonell eit juridisk ansvar for å legge til rette for pårørandeinvolvering dersom dette er i tråd med pasienten sine ønskjer (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Sist, men ikkje minst, blir det frå fagleg hald argumentert for at heilskapleg omsorg for pasienten inneber at pårørende blir involvert som ein vesentleg aktør (Fast Braun, Hyndman, & Foster, 2010)

Sjølv om pårørande skal ha ei komplementær rolle i eldreomsorga i Norge, viser også norske studiar, på same måte som studiar frå andre land, at pårørande kan oppleve det som vanskeleg å få hjelp av helsetenesta (McPherson et al., 2014; Thorsen, 2001; Tønnessen, Førde & Nortvedt, 2009). Samtidig som ei ny undersøking viser at kommunehelsetenesta har avgrensa ressursar til å realisere pålagde oppgåver etter samhandlingsreforma, og at dette fører til nedprioritering av oppgåver knytt til førebygging og brukarmedverknad (Kassah, Tønnessen & Tingvoll, 2014). Førebygging og brukarmedverknad er viktige områder innan omsorg til pårørande. Dette kan bety at det er manglande merksemd på pårørande si rolle i eldreomsorga, også i Norge.

Helsepersonell sine haldningar og merksemd til pårørande sitt bidrag kan bli påverka av mange ulike faktorar. Her vil utdanning og opplæring kunne spele ei viktig rolle. Nasjonalt er det lite forskning om kva kunnskap helsepersonell treng i samhandling med pårørande, og om dei har denne kunnskapen. Sørfonden og Finstad (2012) stiller på bakgrunn av ein pensumgjennomgang spørsmål ved om familie- og pårørandeperspektivet er for lite vektlagt i norske sjukepleieutdanningar. I andre land blir det lagt vekt på familien i utdanninga, der det er ulike tilnærmingar til opplæringa om familien (Nyirati, Denham, Raffle & Ware, 2012). Det blir argumentert for at dersom familien skal bli ein sentral del av sjukepleiepraksis, må teoriar om og praktisk tilnærming til arbeid med familien inkluderast i utdanninga (Chu Kee Lee, Shing On, Siu LingChan & Chung, 2010; Fast Braun et al., 2010; Murray, 2008). På denne måten kan det å tenke på familien bli ein integrert del av sjukepleiepraksis (Chu Kee Lee et al., 2010; Fast Braun et al., 2010). Behovet for kunnskap gjeld ikkje berre for sjukepleiarar, men kan vere aktuelt for alt helsepersonell som arbeider med pasient og pårørande, uavhengig av profesjon. Det kan også gjelde for leiarar i heimetenesta. Sjølv om dei ikkje er i direkte samhandling med pårørande om omsorga for den eldre, vil dei ha det overordna faglege ansvaret, samt fordele ressursar.

Hensikta med denne studien er å undersøke om helsepersonell har deltatt på opplæring i pårørandearbeid, samt undersøke korleis opplæringa påverkar samhandlingssituasjonar med pårørande, og om dette varierer ut frå utdanningsbakgrunn og stillingsfunksjon.

Følgjande forskningsspørsmål er stilt:

Har helsepersonell deltatt på opplæring i pårørandearbeid?

Variere deltaking i opplæring ut frå utdanningsbakgrunn eller stillingsfunksjon?

Korleis vurderer helsepersonell pårørande sitt bidrag?

Gir helsepersonell informasjon til pårørande når eldre familiemedlemmar blir innlagt i helseføretak?

For dei to siste spørsmåla er det sett på om resultata varierer etter deltaking på opplæring i pårørandearbeid, utdanningsbakgrunn eller stillingsfunksjon.

## **Metode**

Denne studien er ein del av ei større undersøking som hadde til hensikt å få kunnskap om korleis kommunane i Sogn og Fjordane møter samhandlingsreforma (Øyen et al., 2015). Undersøkinga er ein tverrsnittsstudie, og data vart samla inn ved hjelp av spørjeskjema. Eit elektronisk spørjeskjema vart laga i Quest Back, og det vart sendt e- post til aktuelle respondentar med lenkje til sjølv skjemaet.

## **Utvikling av spørjeskjema**

Det vart først gjennomført ein kvalitativ studie (Øyen et al., 2015). Funn frå denne gav grunnlaget for utvikling av spørjeskjemaet. Det vart oppretta ei referansegruppe for prosjektet, som medverka til utforming og innhald av spørjeskjemaet. For å styrke begrepsvaliditeten vart det gjennomført pilottesting av skjemaet. Tre tilsette ved Høgskulen i Sogn og Fjordane og fem tilsette frå heimetenesta i eit anna fylke deltok på pilottesting av skjemaet, og gav tilbakemeldingar på om spørsmåla var tydeleg formulert. Spørjeskjemaet vart utvikla med instruksar i dokumentet som skulle vise respondentane korleis dei skulle fylla ut korrekt. Det vart nytta routing som verktøy på enkelte spørsmål for å føre respondentane automatisk vidare, avhengig av kva dei svara på tidlegare spørsmål. Det vart gitt forklaring på sentrale omgrep i spørsmålstillinga i forkant, for å tydeleggjere spørsmåla.

## **Utval**

Utvalet er tilsette i heimetenesta i alle kommunar i Sogn og Fjordane. Inklusjonskriteria for respondentane var hjelpepleiar, helsefagarbeidar, omsorgsarbeidar, sjukepleiar, vernepleiar eller ergoterapeut, i artikkelen omtala som helsepersonell. Vidare i artikkelen blir helsefagarbeidar, omsorgsarbeidar og hjelpepleiar omtala som helsefagarbeidar. Respondentane skulle vere tilsett i heimetenesta, og dei skulle arbeide pasientretta mot den eldre pasienten. Tilsette i kombinasjonsstilling heimeteneste og sjukeheim/omsorgsbustadar/bukollektiv vart også inkludert. Helsepersonell som berre arbeida ved sjukeheim vart ekskludert, grunnen til dette var at undersøkinga skulle fokusere på tilsette i heimetenesta.

## **Innsamling av data**

Den først elektroniske kontakta gjekk til rådmannen i kvar einskild kommunen for å få tillating. 3 av 26 kommunar reservert seg mot å delta i undersøkinga. Leiarane i heimetenesta gav tilgang til e-postadressa til aktuelle respondentar. Det vart gjennomført ein kontroll av e-postadressene for å ekskludere dobbeltregistrering og ugyldige adresser. Det vart sendt ut e-post med informasjon og ei lenkje til sjølv undersøkinga. Totalt 555 informantar fekk tilsendt spørjeskjemaet via e-post. Innsamlingsperioden var frå 11.01.14 til 01.05.14. For å auke svarprosenten vart innsamlingsperioden utvida, og det vart gjennomført purringar per e-post. I tillegg vart leiarane i heimetenesta kontakta per telefon og e-post, dette for å stimulere til auka deltaking i undersøkinga gjennom leiinga.

## **Svarprosenten**

Helsepersonell frå 23 kommunar i Sogn og Fjordane har deltatt i undersøkinga. Til saman har 152 svara på spørjeundersøkinga, total svarprosent er 27 prosent. Av desse er eit stort fleirtal kvinner (97 prosent). Bortfallsanalysen viste at kommunar etter størrelse var likt representert i netto- og bruttoutvalet. I absolutte tal er det flest informantar som kjem frå

ein liten kommune med mindre enn 3000 innbyggjarar, noko som speglar kommunestrukturen i Sogn og Fjordane.

Denne undersøkinga har inkludert helsepersonell med utdanning frå ulike nivå. Fordelinga ut frå utdanningsbakgrunn viser at vel ein av tre er helsefagarbeidar. Den største delen av respondentane er høgskuleutdanna (57 prosent), av desse er flest sjukepleiarar. Det er berre to som er utdanna vernepleiar og ingen ergoterapeutar. Gjennomsnittsalderen for respondentane er 44 år. 34 prosent av respondentane har arbeida meir enn fem år i heimetenesta, og 12 prosent har arbeida fem år eller mindre. Dette er nokolunde likt fordelt mellom helsefagarbeidarar og sjukepleiarar/vernepleiarar. Det er mindre enn 1 prosent av respondentane som har eitt års erfaring. Over halvparten av respondentane har ikkje svara på spørsmålet om kor lenge dei har arbeida i heimetenesta. 63 prosent av respondentane har ei fagstilling, medan ein av fire er tilsett som leiar eller har ei kombinert stilling som både leiar og fagtilsett.

### **Analyse**

Spørjeskjemaet besto av totalt 84 spørsmål. Studien som denne artikkelen byggjer på har nytta 5 av spørsmåla som handla om pårørandearbeid. I tillegg er det også nytta demografiske data om utdanning og stillingsfunksjon. SPSS versjon 20 er nytta til statistisk analyse. På grunn av eit relativt lite nettutval er enkelte svaralternativ slått saman, avhengig av hensikt og fokus i dei enkelte analysane. Bakgrunnsvariablar er omkoda; «Stillingsfunksjon i heimetenesta» er omkoda til to verdier, der «fagstilling» vart gitt ein verdi, og leiarstilling og kombinert leiar- og fagstilling er gitt verdien «leiarstilling». Når det gjeld utdanning er hjelpepleiar, omsorgsarbeidar og helsefagarbeidar koda til verdien «vidaregåande skule». Medan sjukepleiarar og vernepleiarar er gitt verdien «høgskuleutdanna». I variablar med svaralternativa «ja», «nei» og «både og» er verdiane «nei» og «både og» slått saman til ein verdi, fordi hensikta var å fokusere på dei som svara eintydig positivt. For deskriptiv analyse er variabelen «gir informasjon til pårørande» med svaralternativ «ikkje i det heile tatt», «i svært liten grad», «i liten grad», «i nokon grad», «i stor grad» og «i svært stor grad» slått saman til tre verdier. «Ikkje i det heile tatt/ i svært liten grad/ i liten grad» er ein verdi, «i nokon grad» er ein verdi og «i svært stor grad/ i stor grad» er ein verdi. For trivariat analyse er variabelen «gir informasjon til pårørande» slått saman til to verdier, «ikkje i det heile tatt/ i svært liten grad/ i liten grad/ i nokon grad» og «i svært stor grad/ i stor grad». I analysen er det sett på opplæring under eitt, den nye variabelen opplæring er gitt to verdier. Alle som «har deltatt på opplæring» i ein eller annen form er gitt verdien 1. Dette omfatter alle som har deltatt på opplæring i pårørandearbeid enten på grunnutdanning, vidareutdanning eller kurs, på minst eitt av områda innafor pårørandearbeid. Dei som «ikkje har deltatt på opplæring» om pårørande er gitt verdien 2.

Deskriptiv analyse er nytta for å gi ei oversikt over helsepersonell si deltaking på opplæring i pårørandearbeid gjennom utdanning eller kurs, og for å beskrive korleis helsepersonell vurderar pårørande sitt bidrag. Det er nytta trivariate tabellanalyser for å sjå på samanhengar, dette for å få ei god og enkel oversikt over materialet, samstundes som det er spesielt retta mot variablar på nominal- og ordinalnivå (Grønmo, 2004). I den trivariate analysen blir variablane «opplæring», «stillingsfunksjon i heimetenesta» og «utdanning» nytta som uavhengige variablar. For å studere samanhengar er det nytta trivariate analyser

(krysstabellar) med Pearson Chi-square signifikant testing. Signifikansnivået på testane er satt til 0,05. I tabellane vil talet på respondentar (N) variere, grunnen til dette er at respondentane ikkje har svara på alle spørsmåla. Dette førte til at det var få respondentar som hadde svara på bakgrunnsvariablar som arbeidserfaring og alder, derfor er desse bakgrunnsvariablane ikkje nytta i analysen.

### Forskingsetikk

Studien er godkjent av Norsk Samfunnsvitskaplig Datateneste (NSD) og inneheld ikkje sensitive eller personidentifiserande data. I invitasjonen til dei aktuelle respondentane vart det lagt ved eit informasjonsskriv. I skrivet vart det gjort greie for kva som var formålet med undersøkinga, tema i spørjeskjemaundersøkinga og opplysningar om vern av data. Det kom også fram i informasjonsskrivet at samtykke vart gitt ved å delta i studien, og at informantane når som helst og utan grunngjeving kunne trekkje seg frå studien. Det er tatt omsyn til anonymitet i rapporteringa, og data blir sletta når prosjektet er avslutta.

### Resultat

Resultata viser at helsepersonell i liten grad har deltatt på opplæring i dei ulike områda av pårørandearbeid, jfr tabell 1. Mindre enn ein av fire svara at dei har deltatt på opplæring som del av grunnutdanninga på dei ulike områda. Det området innanfor pårørandearbeid som flest svara at dei har deltatt på opplæring som del av grunnutdanninga er, «tiltak for å møte dei pårørande sine behov» (24 prosent). Få oppgjer å ha fått opplæring om juridiske reguleringar for pårørandearbeid, så mykje som 76 prosent svara at dei ikkje har deltatt på opplæring innanfor dette området. Det er gjennomgåande fleire som har deltatt på opplæring gjennom grunnutdanning, framfor vidareutdanning eller kurs. I underkant av ein av ti svara at dei har deltatt på opplæring gjennom vidareutdanning, medan ca. 5 prosent har fått opplæring gjennom kurs. Eit unntak er området «hjelpemiddel og praktisk tilrettelegging i heimen for å avlaste pårørande», der resultata viser at 18 prosent har fått opplæring gjennom kurs.

**Tabell 1.** Har helsepersonell deltatt på opplæring om følgjande tema innfor pårørandearbeid. Prosent.

	Ja, som del av grunn-utdanninga	Ja, som del av vidare-utdanninga	Ja, som kurs	Nei	N
Tiltak for å møte dei pårørande sine behov	24	8	5	63	131
Kartlegge og vurdere dei pårørande sine behov	22	10	5	63	134
Hjelpemiddel og praktisk tilrettelegging i heimen for å avlaste pårørande	21	8	18	53	133
Tilpassa rettleiing og opplæring i korleis pårørande kan støtte og hjelpe primærbrukaren	20	8	7	65	129
Tilpassa rettleiing og opplæring til pårørande i primærbrukaren sine sjukdomar og behov	19	6	5	70	132
Kartlegge og vurdere omsorgsbelastninga for pårørande	19	10	5	66	134
Juridiske reguleringar for pårørandearbeid	11	8	5	76	132

Dersom vi ser på opplæring i pårørandearbeid under eitt, ser vi at 52 prosent har deltatt på opplæring innanfor minst eitt område av pårørandearbeid, jfr tabell 2. Fleire med høgskuleutdanning (62 prosent) enn med vidaregåande skule (40 prosent) har deltatt på opplæring ( $p < 0,05$ ). Av helsepersonell med leiarstilling har 65 prosent deltatt på opplæring i pårørandearbeid.

**Tabell 2.** Fordeling av respondentane si deltaking på opplæring i pårørandearbeid (som del av grunnutdanninga, vidareutdanninga og/eller kurs) innanfor eitt eller fleire områder, etter utdanningsbakgrunn og stillingsfunksjon. Prosent.

	Har deltatt på opplæring	Har ikkje deltatt på opplæring	N
Alle	52	48	136
Høgskule <sup>1)</sup>	62	38	87
Vidaregåande skule	40	60	53
Leiarstilling	65	36	31
Fagstilling	48	52	95

1)  $p < 0.05$

Tabell 3 viser korleis helsepersonell vurderer ulike påstandar om pårørande sitt bidrag. Resultata viser at godt over halvparten av respondentane stadfesta at dei var einig i at tenesta er heilt avhengig av pårørande sitt bidrag, berre 4 prosent svara at dette ikkje er tilfelle. 44 prosent svara bekreftande på at pårørande har ei alt for stor omsorgsbelastning. 29 prosent har svara at tiltak for å støtte pårørande blir satt i verk for seint, medan i underkant av ein av fire var einig i at tenesta ikkje er nok merksam på pårørande si viktige rolle.

**Tabell 3.** Helsepersonell si vurdering av ulike påstandar om pårørande sitt bidrag og rolle. Prosent

	Ja	Nei	Både og	N
Tenesta er heilt avhengig av at pårørande bidrar	57	4	39	137
Mange pårørande har ei alt for stor omsorgsbelastning	44	10	46	136
Tiltak for å støtte pårørande blir sett i verk for seint	29	9	62	135
Tenesta er ikkje nok merksam på pårørande si viktige rolle	24	15	60	136

Tabell 4 viser korleis helsepersonell sine vurderingar av pårørande sitt bidrag varierer etter utdanningsbakgrunn og deltaking på opplæring. Tendensen er at utdanningsgruppene vurderer pårørande sitt bidrag relativt likt på dei fleste områda. Unnataket er påstanden om at tenesta er avhengig av pårørande sitt bidrag. Fleire høgskuleutdanna samanlikna med dei som har utdanning på vidaregåande skulenivå svara bekreftande på at dette er tilfelle,



(høvesvis 65 og 44 prosent,  $p < 0,05$ ). Dersom vi ser på samanhengen mellom deltaking på opplæring og vurderinga av dei ulike påstandane for dei ulike utdanningsgruppene for seg, ser vi at det er noko, men ikkje store forskjellar i vurderingane. Det er mellom 2 og 5 prosentpoeng fleire som har deltatt på opplæring som er einige i påstandane, samanlikna med dei som ikkje har deltatt på opplæring. Det er to unnatak, det eine gjeld korleis høgskuleutdanna vurderer pårørnde si omsorgsbelastning. På dette område er det 5 prosentpoeng fleire som ikkje har deltatt på opplæring som har svara at pårørnde har ei alt for stor omsorgsbelastning. Det andre unnataket er helsepersonell med vidaregåande skule, der eit fleirtal som ikkje har deltatt på opplæring, svarar bekreftande på at tiltak for å støtte pårørnde vart satt i verk for seint.

**Tabell 4.** Del av respondentane som stadfesta at dei var einige i følgjande påstandar om pårørnde sitt bidrag, alle og etter utdanning og deltaking på opplæring. Prosent.

	Utdanning						N
	Høgskule			Vidaregåande skule			
	Alle	Har deltatt på opplæring	Har ikkje deltatt på opplæring	Alle	Har deltatt på opplæring	Har ikkje deltatt på opplæring	
Tenesta er avhengig av at pårørnde bidrar	65 <sup>1)</sup>	68	63	44	45	43	136
Mange pårørnde har ei alt for stor omsorgsbelastning	45	44	47	43	45	41	135
Tenesta er ikkje nok merksam på pårørnde si viktige rolle	26	28	22	22	25	21	136
Tiltak for å støtte pårørnde blir sett i verk for seint	29	30	28	29	25	32	135

1)  $p < 0,05$

Tabell 5 viser korleis helsepersonell sine vurderingar av pårørnde sitt bidrag varierer etter stillingsfunksjon og deltaking på opplæring. Det er fleire helsepersonell i leiarstilling (71 prosent) enn helsepersonell i fagstilling (52 prosent) som svarar at tenesta er heilt avhengig av pårørnde sitt bidrag ( $p < 0,05$ ). Samtidig viser resultatane at fleire helsepersonell i fagstilling enn helsepersonell i leiarstilling vurderer at pårørnde har ei alt for stor omsorgsbelastning ( $p < 0,05$ ). Over halvparten av helsepersonell i fagstilling stadfesta denne påstanden om at pårørnde har ei alt for stor omsorgsbelastning, medan dette gjaldt for ein av fire leiarar. Det er også ein vesentleg forskjell i vurderinga av «tiltak for å støtte pårørnde blir sett i verk for seint» mellom tilsette i fagstilling og leiarstilling. Meir enn ein av tre fagtilsette meiner tiltak vert sett i verk for seint, medan dette gjeld for i underkant av ein av fem leiarar. For leiarane kjem det fram forskjellar ut frå om dei har delteke på opplæring. Det er 12 prosentpoeng fleire leiarar som har deltatt på opplæring i pårørndearbeid, enn dei som ikkje har deltatt på opplæring, som vurderer at pårørnde si omsorgsbelastning er for stor. Det same gjeld for spørsmålet om tiltak for å støtte pårørnde blir sett i verkt for seint. Dette svarer fleire leiarar med opplæring at dei var einige i. På dette området var det 16 prosentpoeng forskjell etter opplæring.

**Tabell 5.** Del av respondentane som stadfesta at dei var einige i følgjande påstandar om pårørande sitt bidrag, alle og etter stillingsfunksjon og deltaking på opplæring. Prosent.

	Stillingsfunksjon						N
	Leiarstilling			Fagstilling			
	Alle	Har deltatt på opplæring	Har ikkje deltatt på opplæring	Alle	Har deltatt på opplæring	Har ikkje deltatt på opplæring	
Tenesta er avhengig av at pårørande bidrar	71 <sup>1)</sup>	70	73	52	56	49	123
Mange pårørande har ei alt for stor omsorgsbelastning	26 <sup>2)</sup>	30	18	52	56	48	122
Tenesta er ikkje nok merksam på pårørande si viktige rolle	23	25	18	25	31	19	122
Tiltak for å støtte pårørande blir sett i verk for seint	19	25	9	34	33	36	135

1)  $p < 0.05$

2)  $p < 0.05$

For å studere ein samhandlingssituasjon mellom helsepersonell og pårørande, vart det stilt spørsmål om pårørande fekk informasjon ved overflytting til helseføretak. Som det kjem fram av tabell 6 oppgjer helsepersonell at dei i svært stor grad/i stor grad gir informasjon til pårørande ved overflytting, dette gjeld for 79 prosent av respondentane.

**Tabell 6.** I kva grad gir respondentane informasjon til pårørande når eldre familiemedlem blir innlagt i helseføretak. Prosent.

	Alle
I svært stor grad/ i stor grad	79
I nokon grad	11
Liten grad, svært liten grad, ikkje i det hele tatt	10
N	136

Tabell 7 viser korleis det å gi informasjon til pårørande varierer etter utdanningsbakgrunn og deltaking på opplæring. Eit fleirtal av helsepersonell med høgskuleutdanning (87 prosent) svarar at dei i svært stor grad/i stor grad gir informasjon til pårørande ved overflytting, dette gjeld for 65 prosent av helsepersonell med utdanning frå vidaregåande skule ( $p < 0,05$ ). For høgskuleutdanna er det 10 prosentpoeng fleire som har deltatt på opplæring enn dei som ikkje har deltatt, som bekreftar at dei gir informasjon til pårørande. For helsepersonell med utdanning frå vidaregåande skule er det fleire som har fått opplæring i pårørandearbeid, enn dei som ikkje har fått opplæring, som svarta at dei gir informasjon til pårørande ( $p < 0,05$ ).

**Tabell 7.** I kva grad gir respondentane informasjon til pårørende når eldre familiemedlem blir innlagt i helseføretak, alle og etter deltaking på opplæring og utdanningsbakgrunn. Prosent.

	Utdanning					
	Høgskule			Vidaregåande skule		
	Alle	Har deltatt på opplæring	Har ikkje deltatt på opplæring	Alle	Har deltatt på opplæring	Har ikkje deltatt på opplæring
Gir i svært stor grad/i stor grad informasjon	87 <sup>1)</sup>	91	81	65	81 <sup>2)</sup>	54
Gir i nokon grad/ i liten grad/ i svært liten grad/gir ikkje informasjon	13	9	19	35	19	46
N	86	54	32	49	32	17

1)  $p < 0.05$

2)  $p < 0.05$

Tabell 8 viser korleis det å gi informasjon til pårørende varierer etter stillingsfunksjon og deltaking på opplæring. 87 prosent av leiarane og 78 prosent av fagtilsette gir informasjon til pårørende ved overflytting til helseføretak. For leiarane er det eit fleirtal av dei som ikkje har deltatt på opplæring som gir informasjon, forskjellen mellom gruppene er 6 prosentpoeng. For fagtilsette er det 31 prosentpoeng fleire som har deltatt på opplæring som svarar at dei gir informasjon, samanlikna med fagtilsette som ikkje har deltatt på opplæring.

**Tabell 8.** I kva grad gir respondentane informasjon til pårørende når eldre familiemedlem blir innlagt i helseføretak, alle og etter deltaking på opplæring og stillingstype. Prosent.

	Stillingstype					
	Leiarstilling			Fagstilling		
	Alle	Har deltatt på opplæring	Har ikkje deltatt på opplæring	Alle	Har deltatt på opplæring	Har ikkje deltatt på opplæring
Gir i svært stor grad/ i stor grad informasjon	87	85	91	78	94	63
Gir i nokon grad/ i liten grad/ i svært liten grad/gir ikkje informasjon	13	5	9	22	7	37
N	31	20	11	92	46	46

## Diskusjon

Hensikta med studien var å undersøke om helsepersonell har deltatt på opplæring i pårørandearbeid, samt undersøke korleis opplæringa påverkar samhandlings situasjonar med pårørende, og om dette varierer ut frå utdanningsbakgrunn og stillingsfunksjon.

Resultata viser at helsepersonell i liten grad har deltatt på opplæring i pårørandearbeid, mindre enn ein av fire har deltatt på opplæring som del av grunnutdanninga. Når vi ser på opplæring under eitt, viser resultata at det er fleire med høgskuleutdanning (62 prosent) enn helsepersonell med utdanning frå vidaregåande skule (40 prosent), som har deltatt på opplæring i minst eitt av områda innanfor pårørandeomsorg ( $p < 0,05$ ). Resultata viser at over halvparten av respondentane meiner at tenesta er avhengig av pårørande sitt bidrag, det er fleire helsepersonell med høgskuleutdanning, enn frå vidaregåande skulenivå, som svara at dette var tilfelle ( $p < 0,05$ ). Tendensen er at det ikkje er store forskjellar etter utdanningsbakgrunn og deltaking på opplæring, i korleis helsepersonell vurderer påstandane om pårørande si rolle, omsorgsbelastning og tiltak. Det er fleire leiarar enn fagtilsette som vurderer at tenesta er avhengig av pårørande sitt bidrag, men det er fleire fagtilsette enn leiarar som vurderer at pårørande har ei alt for stor omsorgsbelastning ( $p < 0,05$ ). Resultata viser at det er fleire av leiarane som har deltatt på opplæring, enn dei som ikkje har deltatt på opplæring, som vurderer at pårørande har ei alt for stor omsorgsbelastning og at tiltak blir sett i verk for seint (høvesvis 12 og 16 prosentpoeng forskjell). Det kjem også fram at eit fleirtal av helsefagarbeidarar som har deltatt på opplæring, samanlikna med dei som ikkje har deltatt på opplæring ( $p < 0,05$ ), oppgjer at dei gir informasjon til pårørande ved overflytting.

Resultata viser liten grad av deltaking på opplæring i pårørandearbeid innanfor dei områda som er kartlagt i studien. Eit interessant spørsmål som er stilt, er kva opplæring helsepersonell har fått om pårørandearbeid gjennom grunnutdanninga, ettersom grunnutdanning er noko alle har. Resultata viser at det berre er ein liten del, om lag ein av fire, som har deltatt på opplæring i pårørandearbeid som del av grunnutdanninga. Dette kan blir oppfatta som ein liten del, i og med det vi veit om pårørande si sentrale rolle i eldreomsorga. På den andre sida så samsvarar resultatet med Sørfond og Findstad (2012) sin gjennomgang av pensumlitteratur på sjukepleieutdanningane, som viser at pårørande og familieperspektivet har vore lite vektlagt.

I denne studien kom det vidare fram at helsepersonell med høgskuleutdanning i større grad enn helsepersonell med utdanning frå vidaregåande skulenivå, har deltatt på opplæring i pårørandearbeid. Dette er eit resultat som ikkje er overraskande, ettersom det er utdanningar med ulik lengde og nivå. Det er kanskje meir overraskande at forskjellen ikkje var større.

Det kan vere fleire årsakar til at opplæring innanfor pårørandearbeid har vore lite vektlagt som tema i grunnutdanninga. Ei forklaring kan vere at den uformelle omsorga, då i stor grad pårørandeomsorg, har vore usynleg også for dei som er ansvarlege for utdanningane. Ei anna forklaring kan vere at eldreomsorga har blitt oppfatta som eit offentleg ansvar, og at fokuset dermed har vore på den eldre pasienten som treng hjelp, noko som kan ha ført til at omsorg for pårørande har blitt mindre vektlagt eller utydeleg formidla.

Det må presiserast at det i denne studien berre er stilt spørsmål om opplæring, altså den formelle kompetansen. Studien omfattar dermed ikkje andre kjelder til kompetanse om pårørandearbeid. Det vil seie at denne studien ikkje kan gi svar på kva kompetanse

respondentane har fått gjennom læring i arbeid, som kan omfatte den daglege tilrettelegginga for læring med tid til spørsmål, refleksjon og diskusjon (Skår, 2010).

Vi har i denne studien sett at godt over halvparten svara at tenesta er heilt avhengig av pårørande sitt bidrag. Dette resultatet samsvarar med funn frå både nasjonal og internasjonal forskning som framhevar pårørande si viktige rolle og bidrag (Jakobsson, Hansen & Kotsadam, 2012; Laugaland, Aase & Barach, 2012; McGee et al., 2008; Rønning, Schanke & Johansen, 2009; Sigurðardóttir & Bravell, 2013; Tønnessen et al., 2009). Resultatet tyder på at helsepersonell i stor grad ser på pårørande sitt bidrag som ein viktig del av eldreomsorga. Det er fleire helsepersonell med høgskuleutdanna som vurderer at tenesta er avhengig av pårørande sitt bidrag. Ei årsak til denne forskjellen kan komme av at helsepersonell med høgskuleutdanning har fått meir opplæring om organiseringa av helsetenesta. Samtidig viser resultatata at ein stor del (44 prosent) meina at pårørande har ei alt for stor omsorgsbelastning. Eit resultat som peikar på at det er eit behov for å rette merksemda mot samhandling med pårørande.

Resultata viser ingen signifikante forskjellar etter om helsepersonell har deltatt på opplæring eller ikkje, på spørsmål om korleis helsepersonell vurderer pårørande sitt bidrag og rolle. Med andre ord ser det ikkje ut som opplæring i pårørandearbeid påverkar helsepersonell sine vurderingar, noko som kan tyde på at opplæring ikkje bidrar til auka synleggjering av pårørande sitt bidrag. Det kan vere fleire grunnar til at opplæring ikkje slår ut her. Men ein rimeleg forklaring kan vere at det er den praktiske yrkesutøvinga, møte med pårørande, som synleggjer pårørande sitt bidrag. På denne måten vil ikkje helsepersonell si opplæring innanfor dette feltet i same grad ha innverknad på vurderingane. Ei anna forklaring kan vere at spørsmåla som er stilt om opplæring ikkje fangar opp realiteten i opplæringa, og dermed ikkje dekker alle sider ved den. Det kan også forklarast med at helsepersonell treng støtte og hjelp til å nytte kunnskapen innanfor den aktuelle konteksten (Harrington, 2011). Vidare kan ei forklaring vere at desse spørsmåla er knytt til helsepersonell sine vurderingar, og dermed også haldningar. Det kan vere ulike syn og forventningar til kva pårørande bør bidra med, og ulike syn på korleis situasjonen faktisk er for pårørande. Det å vere klar over pårørande sitt bidrag og situasjon kan tenkast å vere ein viktig føresetnad for å kunne gi god hjelp til pårørande.

Funn frå denne studien tyder på at det er forskjellar ut frå stillingsfunksjon på korleis helsepersonell vurderer pårørande si omsorgsbelastning. Ei forklaring på at fleire helsepersonell i fagstilling vurderer omsorgsbelastninga til pårørande som for stor kan vere at dei samarbeider tettare med pårørande, og dermed får betre kjennskap til pårørande si omsorgsbelastning gjennom egne observasjonar. Andre årsakar til denne forskjellen kan vere knytt til ansvarsområdet til leiarane, som blant anna omfattar å sikre hjelp til dei pasientane og pårørande som treng det, samtidig som dei har ansvar for at tenesta er kostnadseffektiv (Vabø, 2009). Ein kan derfor tenke seg at leiarane er meir forplikta overfor ressursbruk, dermed kan haldningane og vurderingane i møte med pårørande bli påverke av ulike krav til leiarrolla. Funn frå denne studien tyder på at helsepersonell i leiarstilling med opplæring i pårørandeomsorg, i større grad enn dei som ikkje har deltatt på opplæring, vurderer at pårørande har ei alt for stor omsorgsbelastning og at tiltaka blir sett i verk for

seint. Dette kan kanskje bety at opplæring er særskilt viktig for dei som ikkje har den daglege kontakta med pårørnde, og som i tillegg må handtere utfordringar knytt til ressursfordeling.

Studien får fram til dels motstridande funn, i forhold til resultatata diskutert overfor, når vi ser på samanhengen mellom deltaking på opplæring og om helsepersonell gir informasjon til pårørnde. For helsepersonell med vidaregåande skulenivå viser resultatata ein statistisk signifikante forskjell mellom andelen som har fått opplæring, og dei som ikkje har fått opplæring i pårørndearbeid, om dei gir informasjon til pårørnde ved innlegging i helseføretak. Eit resultat som kan bli forstått som at opplæring gir auka kunnskap som blir nytta i møte med pårørnde. Dette samsvarar med internasjonale studiar som viser at opplæring i familieomsorg bidrar til å utvikle studentar sitt syn på familien (Chu Kee Lee et al., 2010; Fast Braun et al., 2010). For helsepersonell med høgskuleutdanning er det 10 prosentpoeng fleire med opplæring som gir informasjon, enn dei som ikkje har fått opplæring. Dette kan tyde på at opplæring ikkje har like stor betydning for høgskuleutdanna som for helsepersonell med vidaregåande skulenivå på dette området. Vidare peikar resultatata på forskjellar ut frå utdanningsbakgrunn om helsepersonell gir informasjon til pårørnde ved overflytting. Ein årsak til denne forskjellen, som ikkje direkte kan knyttast til opplæring i pårørndearbeid, kan vere at sjukepleiarar i større grad har ansvar for pasientar som blir akutt sjuke (Johansen & Fagerstrøm, 2010), og derfor oftare har ansvar for pasientane før innlegginga.

### **Studiens svakheit**

Ein av studien sine svakheiter er den relativt låge svarprosenten. Det kan vere fleire årsakar til dette. Ei ulempe kan vere måten undersøkinga vart gjennomført på. Låg svarprosent kan tyde på av det er utfordringar knytt til å distribuere gjennom e-post, då det er usikkert kor ofte dei tilsette les e-post. Ei anna ulempe kan vere at det ikkje var mogeleg å lagre undervegs i spørjeskjemaet, dette kan ha ført til at det var vanskelegare for respondentane å delta på grunn av utfordringar knytt til tidsbruk. Svarprosenten er nokolunde lik i dei ulike kommunegruppene, og viser at det ikkje er skeivfordeling etter kommunestørrelse. Vi kjenner ikkje kjønnsfordelinga i bruttoutvalet, men i nettoutvalet er det svært få menn, som kan bety at menn er underrepresentert. Vi kan dermed ikkje seie noko om kjønnsforskjellar, og undersøkinga vil då heller ikkje dekkje mannlege tilsette sitt syn på og vurderingar av pårørnde sitt bidrag. Fordelinga av høgskuleutdanna blant respondentane viser også at sjukepleiarar kan vere overrepresentert, då det er berre to vernepleiar og ingen ergoterapeutar i vårt utval.

Resultatata må tolkast med varsemd, fordi det er relativt få respondentar som har deltatt i studien. Det er også lite anna nasjonal forskning på området, som resultatata her kan sjåast i lys av. Samtidig må ein vere merksam på at med eit lite utval, må det vere relativt store forskjellar mellom gruppene for at reultata skal blir statistisk signifikante. Det kunne dermed kome fram signifikante forskjellar i eit større utval, type II-feil (Grønmo, 2004). Det er derfor kommentert resultat som ikkje er statistisk signifikante. Svara på spørsmåla tyder på at spørsmåla var tydeleg formulert, noko som styrkar validiteten (Grønmo, 2004). På bakgrunna av låg svarprosent og at undersøkinga er utført i eit fylke med relativt små kommunar, kan resultatata ikkje generaliserast til andre fylke. Likevel får studien fram statistisk signifikante

forskjellar som er verdt å merke seg, samt at resultatane frå studien peikar på viktige område som vi har behov for meir kunnskap om.

### **Implikasjonar**

Resultatane frå denne studien gir grunnlag for å stille spørsmål ved om helsepersonell har den kunnskapen dei treng for å kunne legge til rette for god samhandling med pårørande. Noko som peikar på at det er eit behov for å vite meir om kva kunnskap helsepersonell treng i samhandling med pårørande, og om dei har denne kunnskapen. Dette vil vere særskilt viktig no ettersom studiar viser at kompetansen til helsepersonell i kommunehelsetenesta blir utfordra på mange område (Gautun & Syse, 2013; Øyen et al., 2015), noko som kan tenkast at blir styrande for kva kompetanse som blir etterspurt i framtida.

Eit anna spørsmål er korleis eventuelt auka press på heimetenesta kan komme til å påverke helsepersonell sitt syn på, og vurdering av pårørande sitt bidrag. Det blir i ein ny studie peika på at utviklinga i kommunehelsetenesta går mot eit auka fokus på behandling og pleie, på kostnad av heilskapleg omsorg (Abelsen, Gask, Nødland, & Stephansen, 2014). Ettersom omsorg for pårørande ofte kan vere ein del av den heilskaplege omsorga, kan ein stille spørsmål ved om det er nødvendig med ytterlegare merksemd rundt pårørandeomsorga. Kanskje då først og fremst på leiarnivå i kommunane. Resultatane frå denne studien tyder i så fall på at det vil vere viktig å sørgje for at også tilsette i leiarstilling får opplæring i pårørandearbeid. Nyttig kunnskap vil då kunne vere korleis dei kan legge til rette for god samhandling med pårørande, opplæring i den omfattande pårørandeomsorg og kva konsekvensar omfattande omsorgsansvar kan medføre for pårørande.

### **Konklusjon**

Resultatane frå studien tyder på at helsepersonell i liten grad har delteke på opplæring om pårørandearbeid. Studien gir ingen eintydige svar på om opplæring har innverknad på korleis helsepersonell samhandlar med pårørande. Men tendensen er at opplæring i pårørandearbeid bidrar positivt i møte med pårørande, dette gjeld både for helsepersonell si merksemda mot pårørande sitt bidrag og om dei gir informasjon. Resultatane tyder på at opplæring kan vere særskilt viktig for leiarar og helsefagarbeidarar.

### **Finansiering**

Denne studien er ein del av eit samarbeidsprosjekt mellom Høgskulen i Sogn og Fjordane og Vestlandsforskning. Finansierte av Fylkeskommunen i Sogn og Fjordane.

## Litteraturliste

- Abelsen, B., Gask, M., Nødland, S. I. & Stephansen, A. (2014). *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie -og omsorgstenesten*. (Vol. 382). Stavanger: International Research Institute of Stavanger.
- Chu Kee Lee, A., Shing On, L., Siu LingChan, P. & Chung, J. O. K. (2010). Perceived Level of Knowledge and Difficulty in Applying Family Assessment Among Senior Undergraduate Nursing Students. *Journal of Family Nursing*, 16(2), 177-195. doi: 10.1177/1074840710366566
- Dunér, A. (2010). Motives, experiences and strategies of next of kin helping older relatives in the Swedish welfare context: a qualitative study. *International Journal of Social Welfare*, 19(1), 54-62. doi: 10.1111/j.1468-2397.2008.00631.x
- Fast Braun, V., Hyndman, K. & Foster, C. (2010). Family Nursing for Undergraduate Nursing Students: The Brandon University Family Case Model Approach. *Journal of Family Nursing*, 16(2), 161-176. doi: 10.1177/1074840710366565
- Gautun, H. & Syse, A. (2013). *Samhandlingsreformen: hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* (Vol. 8/2013). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Grov, E. K. & Eklund, M. L. (2008). Reactions of primary caregivers of frail older people and people with cancer in the palliative phase living at home. *Journal of Advanced Nursing*, 63(6), 576-585. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04736.x
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforl.
- Harrington, S. (2011). Mentoring new nurse practitioners to accelerate their development as primary care providers: A literature review. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23(4), 168-174. doi: 10.1111/j.1745-7599.2011.00601.x
- Jakobsson, N., Hansen, T. & Kotsadam, A. (2012). Er det sammenheng mellom uformell og formell omsorg i Norge? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 15, 168-175.
- Johansen, E. & Fagerstrøm, L. (2010). An investigation of the role nurses play in Norwegian home care. *British Journal of Community Nursing*, 15(10), 497-502.
- Kassah, B. L. L., Tønnessen, S. & Tingvoll, W. A. (2014). Samhandlingsreformen: utfordringer, løsninger og implikasjoner. I B.L.L. Kassah, W. A. Tingvoll & A. K. Kassa (Red.), *Samhandling under lupen*. (s. 51-64). Bergen: Fagbokforlaget.
- Laugaland, K., Aase, K. & Barach, P. (2012). Interventions to improve patient safety in transitional care - a review of the evidence. *Work*, 41, 2915-2924.
- Lévesque, L., Ducharme, F., Caron, C., Hanson, E., Magnusson, L., Nolan, J. & Nolan, M. (2010). A partnership approach to service needs assessment with family caregivers of an aging relative living at home: A qualitative analysis of the experiences of caregivers and practitioners. *International Journal of Nursing Studies*, 47(7), 876-887. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.12.006>
- Lingsom, S. (1997). *The Substitution issue: Care policies and their consequences for family care*. (NOVA-Rapport 6/1997): Norwegian Social Research.
- McGee, H. M., Molloy, G., O'Hanlon, A., Layte, R. & Hickey, A. (2008). Older people -- recipients but also providers of informal care: an analysis among community samples



- in the Republic of Ireland and Northern Ireland. *Health & Social Care in the Community*, 16(5), 548-553.
- McPherson, K. M., Kayes, N. K., Moloczij, N. & Cummins, C. (2014). Improving the interface between informal carers and formal health and social services: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(3), 418-429. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.07.006>
- Meld. St. nr. 29 (2012-2013). (2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Murray, I. (2008). Family Health Nurse Project: An Education Program of the World Health Organization The University of Stirling Experience. *Journal of Family Nursing*, 14(4), 469-485. doi: 10.1177/1074840708327965
- NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Nyirati, C. M., Denham, S. A., Raffle, H. & Ware, L. (2012). Where is Family in the Family Nurse Practitioner Program? Results of a U.S. Family Nurse Practitioner Program Survey. *Journal of Family Nursing*, 18(3), 378-408. doi: 10.1177/1074840712443872
- Pasient- og brukerrettighetsloven (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pinquart, M. & Sørensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250-267. doi: 10.1037/0882-7974.18.2.250
- Ratcliffe, J., Lester, L. H., Couzner, L. & Crotty, M. (2013). An assessment of the relationship between informal caring and quality of life in older community-dwelling adults - more positives than negatives? *Health & Social Care in the Community*, 21(1), 35-46. doi: 10.1111/j.1365-2524.2012.01085.x
- Romoren, T. I. (2003). *Last Years og Long Lives: The Larvik study*. London: Routledge.
- Rønning, R., Schanke, T. & Johansen, V. (2009). *Frivillighetens muligheter i eldreomsorgen*. (Vol. 1). Lillehammer: Østlandsforskning.
- Sigurðardóttir, S. H. & Bravell, M. E. (2013). Older caregivers in Iceland: providing and receiving care. *Nordic Social Work Research*, 3(1), 4-19. doi: 10.1080/2156857X.2013.768180
- Skår, R. (2010). How Nurses Experience Their Work as a Learning Environment. *Vocations and Learning*, 3(1), 1- 18. Doi: 10.1007/s12186-009-9026-5
- St. Meld. nr. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.
- Sørfonden, W. B. & Finstad, H. H. (2012). Familieperspektivet i sykepleierutdanning og yrkesutøvelse. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 8, 75-83
- Thorsen, A. (2001). Den gamle, familien og sykepleieren. I M. Kirkevold & K. S. Ekern (Red.), *Familien i sykepleiefaget* (s. 170-187). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tønnessen, S., Førde, R. & Nortvedt, P. (2009). Fair Nursing Care When Resources Are Limited: The Role of Patients and Family Members in Norwegian Home-Based Services. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 10(4), 276-284. doi: 10.1177/1527154409357108
- Vabø, M. (2009). Home care in transition: the complex dynamic of competing drivers of change in Norway. *Journal of Health Organization and Management*, 23(3), 346-358. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/14777260910966762>

- van Campen, C., de Boer, A. H. & Iedema, J. (2013). Are informal caregivers less happy than noncaregivers? Happiness and the intensity of caregiving in combination with paid and voluntary work. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(1), 44-50. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.00998.x
- Wærness, K. (2002). Familien og helsetjenesten i den senmoderne velferdsstat. I B. S. Brinchmann. *Bære hverandres byrder: Pårørende i sykepleien* (s. 17-30). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ytrehus, S. (2012). Bostadspolitik och det offentligas utbud av bostäder till ålder i Norge. I M. Abramsson & C. Nord (Red.), *Åldres boende: forskningsperspektiv i Norden*. (s.35-50). Lund: Studentlitteratur.
- Øyen, K. R., Corneliussen, H., Sunde, O.S., Mittenmeier, E., Strand, G., Solheim, M. & Ytrehus, S. (2015). *Hvordan har hjemmetjenesten i Sogn og Fjordane tilpasset seg samhandlingsreformen?* (Vol. R-NR 1). Vestlandsforsking/ Høgskulen i Sogn og Fjordane.



Karianne Røssummoen

Institutt for sjukepleieutdanning Høgskulen i Sogn og Fjordane

Postboks 523

6803 FØRDE

Vår dato: 28.11.2013

Vår ref: 36289 / 2 / KH

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.11.2013. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 27.11.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

*36289*

*Behandlingsansvarlig*

*Daglig ansvarlig*

*Hvordan møter kommunene samhandlingsreformen*

*Høgskulen i Sogn og Fjordane, ved institusjonens øverste leder*

*Karianne Røssummoen*

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Kjersti Haugstvedt

Kontaktperson: Kjersti Haugstvedt tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

---

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 36289

Prosjektet gjennomføres i samarbeid med Vestlandsforskning. Personvernombudet anbefaler at partene inngår en avtale som omfatter ansvarsfordeling, ansvarsstruktur, hvem som initierer prosjektet, bruk av data og eventuelt eierskap.

Innmeldingen gjelder delstudie 2 av 3; spørreskjemaundersøkelse til høyskoleutdannede og fagutdannede som arbeider med eldre over 65 år.

Hensikten er å få kunnskap om hvordan hjemmetjenesten tilpasser seg utfordringer i samhandlingsreformen, særlig med tanke på regionale kompetansebehov og utvikling av en hjemmetjeneste som kan sikre ivaretagelse av eldre med store og sammensatte hjelpebehov.

Personvernombudet finner informasjonsskrivet til utvalget tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Vi legger til grunn at det inngås en databehandleravtale med Questback, jf. personopplysningsloven § 15.

Prosjektet avsluttes 01.07.2015 og innsamlede opplysninger anonymiseres. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

## Korleis møtar kommunane samhandlingsreforma? Spørjeskjemaundersøking

Dette er ei spørjeskjemaundersøking som er retta mot tilsette i heimetenesta som arbeidar med eldre.

Spørjeskjemaundersøkinga handlar om heimetenesta sitt arbeid med eldre pasientar og brukarar.

Bakgrunnen for undersøkinga er «Samhandlingsreforma» som vart sett i verk i 2012. Reforma får konsekvensar både for brukarar/pasientar og tilsette i heimetenesta. Det er derfor viktig å få fram synspunkt og vurderingar frå deg som arbeider med dei eldre.

Vi håper du tek deg tid til å svare. Undersøkinga vil ta omlag 30 minutt. Alle som deltek er automatisk med i ei trekking om 3 premiar på Flaxlodd for 500 kroner!

For meir informasjon klikk på denne lenkja:

<http://www.hisf.no/no/content/download/30911/215772/file/Informasjonsskriv+deltakarar+okt+2013.pdf>

Identiteten din vil vere skjult.

[Les om skjult identitet.](#) (i eit sprettoppvindauge)

### Denne informasjonen blir berre vist i førehandsvisinga.

Disse spesielle handlingane er knytt til dei følgjande alternativa:

- Kun i sjukeheim : Go to end

**Informasjon:** Denne spørjeundersøkinga er retta mot tilsette som arbeidar i heimetenesta. Med heimetenester meiner vi tilsette som arbeidar i samlokaliserte omsorgsbustader, bukollektiv, ambulerande heimesjukepleie eller kombinasjonar av dei ulike tilboda. Tilsette som arbeidar i kombinasjon av heimeteneste og sjukeheim er og inkluderte i denne studien.

Tilsette som kun arbeidar i sjukeheim *er* diverre *ikkje* inkludert i denne spørjeundersøkinga.

#### 1) Arbeidsstad. Kryss for alle moglege alternativ.

- Ambulerande heimesjukepleie (reiser rundt i kommunen)
- Bukollektiv
- Samlokaliserte omsorgsbustader
- Korttids/rehabiliteringsavdeling
- Arbeider både i heimetenesta (ambulerande og/eller bukollektiv og/eller omsorgsbustader) og sjukeheim
- Kun i sjukeheim



#### 2) Kryss av for kva kommune du arbeidar i

- Askvoll kommune
- Aurland kommune
- Balestrand kommune
- Bremanger kommune
- Flora kommune
- Førde kommune
- Eid kommune
- Fjaler kommune
- Gaular kommune
- Gloppen kommune
- Gulen kommune
- Høyanger kommune
- Jølster kommune
- Hornindal kommune
- Hyllestad kommune
- Leikanger kommune
- Luster kommune
- Lærdal kommune
- Naustdal kommune
- Selje kommune
- Sogndal kommune

Solund kommune  Stryn kommune  Vik kommune  Vågsøy kommune  
 Årdal kommune

**3) Alder: Skriv inn alder ved å bruke tall.**

**4) Kjønn**

- Mann  
 Kvinne

**5) År i helsevesenet**

- Mindre enn eitt år  
 Meire enn eitt år



**Denne informasjonen blir berre vist i førehandsvisinga.**

Del fylgjande kriteria må vere oppfylte for at respondenten skal få spørsmålet:

- (
  - )
- If «År i helsevesenet» equals «Meire enn eitt år»

**6) Antall år. Bruk heile tal**

**7) År i heimetenesta.**

- mindre enn eitt år  
 meire enn eitt år



**Denne informasjonen blir berre vist i førehandsvisinga.**

Del fylgjande kriteria må vere oppfylte for at respondenten skal få spørsmålet:

- (
  - )
- If «År i heimetenesta.» equals «meire enn eitt år»

**8) Antall år. Bruk heile tal**

**9) Noverande stilling. Kryss av for alle moglege alternativ.**

- Hjelpepleiar  Helsefagarbeidar  Omsorgsarbeidar  Sjukepleiar   
Vernepleiar  Ergoterapeut  Ressursperson i nettverkssarbeid   
Koordinator  Faqutviklar  Gruppeleiar  Avdelingsleiar  Anna

**10) Fagstilling eller leiarstilling?**

- Fagstilling
- Leiarstilling
- Delt stilling (Både fagstilling og leiarstilling)

**Utdanning**

**11) Utdanning**

- Hjelpepleiar
- Hjelpepleiar med vidareutdanning
- Hjelpepleiar med spesialutdanning
- Helsefagarbeidar
- Helsefagarbeidar med vidareutdanning
- Helsefagarbeidar med spesialutdanning
- Omsorgsarbeidar
- Omsorgsarbeidar med vidareutdanning
- Omsorgsarbeidar med spesialutdanning
- Sjukepleiar
- Sjukepleiar med vidareutdanning
- Sjukepleiar med spesialutdanning
- Vernepleiar
- Vernepleiar med vidareutdanning
- Vernepleiar med spesialutdanning
- Ergoterapeut
- Ergoterapeut med vidareutdanning
- Ergoterapeut med spesialutdanning
- Anna



**Denne informasjonen blir berre vist i førehandsvisinga.**

Dei fylgjande kriteria må vere oppfylte for at respondenten skal få spørsmålet:

- (
- If «Utdanning» equals «<#other#>Anna»
- )

**12) Hvis Anna: kva for utdanning?**

**13) Kortvarige kurs (dag, veke). Kryss av for alle aktuelle svaralternativ.**

- Ikkje aktuelt
- Aldersdemens
- Blodprøvetaking
- Diabetes

- Forflytting
- Førebygging av vold
- Individuell plan
- Kols
- Rehabilitering
- Sår
- Ulike kurs om prosedyrar
- Ulike kurs om tekniske hjelpemiddel
- Anna

**Denne informasjonen blir berre vist i førehandsvisinga.**

Dei fylgjande kriteriå må vere oppfylte for at respondenten skal få spørsmålet:

- (  If «Kortvarige kurs (dag, veke). Kryss av for alle aktuelle svaralternativ.» equals «<#other#>Anna»
- )

**14) Hvis Anna: kva for kortvarige kurs?**

**15) Langvarige kurs. Kryss av for alle aktuelle svaralternativ.**

- Ikkje aktuelt
- Demensomsorgens ABC (1,5 r)
- Eldreomsorgens ABC (1,5 år)
- Miljøbehandling i eldreomsorga (ca. 2 år)
- Etisk kompetanseheving

**Fagskule vidareutdanning:**

Vidareutdanning for hjelpepleiarar, helsefagarbeidarar og omsorgsarbeidarar.

**16) Fagskule vidareutdanning (opp til 60 fagskulepoeng). Kryss av for alle aktuelle svar:**

- Ikkje aktuelt
- Eldreomsorg
- Demensomsorg og alderspsykiatri
- Helse, aldring og aktiv omsorg
- Kreftomsorg og lindrande pleie
- Psykisk helsearbeid
- Livsstils- og kroniske sjukdomar
- Rehabilitering
- Rus og avhengigheitsproblematikk
- Anna



**Denne informasjonen blir berre vist i førehandsvisinga.**

Del fylgjande kriteria må vere oppfylte for at respondenten skal få spørsmålet:

- (
- If « Fagskule vidareutdanning (opp til 60 fagskulepoeng). Kryss av for alle aktuelle svaralternativ.» equals «<#other#>Anna»
- )

**17) Hvis Anna: kva for fagskule vidareutdanning?**

**18) Høgskuleutdanning eller universitetsutdanning etter avslutta bachelorgrad (15-90 s**

- Ikkje aktuelt
- Aktiv omsorg - fysisk aktivitet og naturopplevingar i helsefremjande arbeid (30 st.p)
- Akuttstjukepleie for kommunehelsetenesta (30 st.p)
- Aldring og eldreomsorg (60 st.p)
- Alderspsykiatri (30 st.p)
- Anestesisjukepleie (90 st.p)
- Arbeidshelse (30 st.p)
- Allmenhelse (30 st.p)
- Demens (30 st.p)
- Demens og alderspsykiatri (15st.p)
- Demens og alderspsykiatri (30 st.p)
- Eldres helse
- Folkehelse
- Habilitering og rehabilitering
- Helsepsykologi (30 st.p)
- Heimesjukepleie (60 st.p)
- Intensivstjukepleie (90 st.p)
- Kreftstjukepleie (60 st.p)
- Kunnskapsbasert praksis for helsefag (15 st.p)
- Klinisk stjukepleie, diabetessjukepleie (del 1, 60 st.p)
- Klinisk stjukepleie, kardiologisk stjukepleie (del 1, 60 st.p)
- Legevaktstjukepleie (60 st.p)
- Lindrande behandling, pleie og omsorg 1 (15 st.p)
- Lindrande behandling, pleie og omsorg 2 (15 st.p)
- Målretta miljøarbeid
- Organisering av helse- og sosialtenester til eldre (15 st.p)
- Operasjonssjukepleie (90 st.p)
- Pedagogisk rettleiing – grunnlag og metodar (15 st.p)
- Psykisk helsearbeid (60 st.p)
- Rettleiing – innføringskurs (15.st.p)

- Rusproblematikk og rusarbeid (60 st.p)
- Slagbehandling basert på Bobathkonseptet (15 st.p)
- Spesialpedagogikk (30 st.p)
- Anna

**Denne informasjonen blir berre vist i førehandsvisinga.**

Dei fylgjande kriteria må vere oppfylte for at respondenten skal få spørsmålet:

- (
  - If «Høgskuleutdanning eller universitetsutdanning etter avslutta bachelorgrad (15-90 studiepoeng). Kryss av for alle aktuelle svaralternativ.» equals «<#other#>Anna»
- )

**19) Hvis Anna: Kva for høgskuleutdanning eller universitetsutdanning?**

**20) Masterutdanning eller hovudfag?**

- Ikkje aktuelt  Påbegynt utdanning  Avslutta utdanning

**Denne informasjonen blir berre vist i førehandsvisinga.**

Dei fylgjande kriteria må vere oppfylte for at respondenten skal få spørsmålet:

- (
  - If «Masterutdanning eller hovudfag?» equals «Påbegynt utdanning»
  - eller
  - If «Masterutdanning eller hovudfag?» equals «Avslutta utdanning»
- )

**21) Masterutdanning eller hovudfag (120 studiepoeng). Kryss av for alle aktuelle svaralt**

- Funksjonshemming og samfunn
- Helse- og sosialfag- Meistring og myndiggjering
- Klinisk helsevitskap- anvendt klinisk forskning
- Klinisk helsevitskap- Fedme og helse
- Klinisk sjukepleie
- Kunnskapsbasert praksis for helsefag
- Mastergrad i helse- og sosialfag, kliniske hjelperelasjonar overfor sårbare grupper
- Master i helse- og sosialfaglig arbeid med barn og unge
- Master i psykisk helsearbeid
- Master i tverrfagleg helsearbeid
- Master i helse- og sosialfaglig arbeid med eldre
- Master i jordmorfag
- Organisasjon og leiing-helse- og velferdsleiing
- Samhandling innan helse- og sosialtenesta
- Anna mastergrad/hovudfag

«Pleie-og omsorgsmeldingar (PLO-meldingar):

Er standardiserte elektroniske meldingar til bruk i samhandlinga mellom pleie- og omsorgstjenesta, fastlege og helseføretak.

**Eksempel på elektroniske dialogmeldingar:**

Elektronisk informasjon mellom fastlege og omsorgstenesta.

Elektronisk melding om innlagt pasient i helseføretaket.

Elektronisk innleggingsrapport til helseføretaket frå kommunen.

Tidlegmelding om behov for eller endra behov for kommunale helesetenester.

Dialogmeldingar hvis behov for meir opplysningar mellom helseføretak og kommunehelsetensta.

Melding om utskrivingsklar pasient frå helseføretaket.

Tilbakemelding på mottak av utskrivingsklar pasient frå kommunehelsetenesta.

Elektronisk utskrivingsrapport frå helseføretaket til omsorgstenesta.

Elektronisk epikrise frå helseføretaket til fastlege.

Elektronisk medisinliste

E- reseptar

**22) I kva grad bruker du elektroniske meldingar for å utveksle informasjon om brukarar**

Vel alternativ

**23) Kven sender de elektroniske meldingar til? Kryss av for alle aktuelle svaralternativ.**

- Ikkje i bruk i heimetenesta i vår kommune  Helseføretaket  Fastlege  
 Koordinator i kommunen  Intern mellom kollegaer i heimetenestene

Andre

**24) Korleis bruker de elektroniske meldingar? Kryss av for alle aktuelle svaralternativ.**

- Ikkje aktuelt  
 Informasjon til avdeling i helseføretaket om pasient  
 Mottak av informasjon om brukarar/pasient frå helseføretaket til heimetenesta  
 Rapportering av endring av tilstand til brukar/pasient til fastlege  
 Førespurnad om endring av medisinliste til fastlege  
 Melding frå fastlege til helsepersonell  
 Tverrfagleg samarbeid om brukarar/pasientar

Anna

**25) Er det innført elektroniske mellom helseføretaket og heimetenesta i din kommune. S**

Ja



	Ikkje i det heile tatt	I svært liten grad	I liten grad	I nokon grad	I stor grad	I svært stor grad	Ikkje aktuelt
Elektroniske meldingar har ført til betre kommunikasjon med fastlege							
Elektroniske meldingar har ført til tettare samarbeid om pasientar med eigen leiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektroniske meldingar har ført til at det er lettare å arbeide tverrfagleg om brukarar/pasientar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Elektroniske reseptar.

Elektronisk resept er ein resept som ikkje blir skriven ut på papir, men som legen sender elektronisk frå si datamaskin til ein sentral database.

E-Resept blir innført for å gje tryggare legemiddelbruk, enklare rutiner og betre utnytting av samfunnet sine ressursar.

### 29) Kva har e-reseptar ført til? Set kun eit kryss for kvar linje

	Ikkje i det heile tatt	I liten grad	I nokon grad	I stor grad	I svært stor grad	Veit ikkje
Raskare oppdatering av eldre sine medisinlister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enklare å halde seg oppdatert på medikamenta til den enkelte eldre brukar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Spørsmål vedrørende ulik type samhandling

#### 30) Har dei eldre brukarane/pasientane i heimetenesta (heimesjukepleien/omsorgsbust

	Ja, endringa har skjedd over lengre tid	Ja, endringane har skjedd først og fremst etter at samhandlingsreforma vart innført i 2012	Nei, ingen merkable endringar
Fleire eldre er sjukare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleire eldre er meir hjelpetrengande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja, endringa har skjedd over lengre tid	Ja, endringane har skjedd først og fremst etter at samhandlingsreforma vart innført i 2012	Nei, ingen merkbara endringar
Fleire eldre har meir samansette sjukdomstilstandar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleire eldre har meir psykiske problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleire eldre har meir sosiale problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleire eldre er einsame	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleire eldre har både psykiske, sosiale og medisinske problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**31) Meiner du at eldre brukarar/pasientar vert skrivne ut for tidleg etter 2012?**

- Ja  
 Nei  
 Som før  
 Veit ikkje

**32) Dersom ja, grunngje svaret**

**Forklaring sjekkliste:**

Sjekkliste skal sikre trygge overføringar for brukarar og pasientar som skal overflyttast.

Sjekklista er eit "hugseliste" som helsepersonell brukar for å sikre seg at naudsynte opplysningar følgjer brukaren/pasienten ved overflyttingar. Td. opplysningar om brukaren/pasienten sin tilstand, tidligare anamnese, medisinar osv.

**33) Har kommunen din innført systematisk bruk av sjekklister ved overflytting av eldre 1**

	Ja	Nei	Usikker
Ved innlegging til helseføretaket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved innlegging til intermediaære sengepostar (sengepostar i kommunen som tilbyr behandling som elles er tilgjengeleg i sjukehus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved flytting til omsorgsbustad/bukollektiv i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved innlegging til avlastnings/korttids opphald i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved innlegging til rehabiliteringsopphald i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved innlegging til langtidsopphald i sjukeheim i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Forklaring risikovurdering:**

Risikovurdering blir gjort for å vurdere om det er ein fare for at brukaren/pasienten kan få ei auka belastning i form av td. forverring av tilstand, forvirring, fare for dødsfall under transport/overflytting frå t.d heimstaden til anna helsetilbod

**34) Har du erfaring med at heimetenesta utfører ei risikovurdering av eldre før overførin**

	Ja	Nei	Veit ikkje
Ved innlegging til helseføretaket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved innlegging til intermediære sengepostar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved innlegging til avlastingsopphald i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved innlegging til rehabiliteringsopphald i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved innlegging til sjukeheim i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**35) Har du vore ansvarleg for å ta i mot eldre brukarar/pasientar som har vorte utskrivn**

Ofte  Av og til  Sjeldan  Aldri

⇒

**36) Blir tenestene til den eldre brukar/pasient godt nok koordinerte? Set kun eit kryss fi**

	Ja	Nei	Både og	Har ingen erfaring med dette
Mellom institusjonar i kommunehelsetenesta og heimetenesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mellom kommunehelsetenesta og helseføretaket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mellom fastlegane og heimetenesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**37) Dersom du har erfaring med fagnettverkssamarbeid oppretta av helseføretaket: Korl**

	Har ingen erfaring med dette	Svært nyttig	I stor grad nyttig	I nokon grad nyttig	I liten grad nyttig	Ikkje nyttig i det heile tatt
Ressursnettverket i kreftomsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fagnettverk i diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oksygenkontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**38) Dersom du har mottatt spesifikk rettleiing knytt til enkeltpasientar frå helseføretake**

Har ingen erfaring med dette  
 Svært nyttig

- I stor grad nyttig
- I nokon grad nyttig
- I liten grad nyttig
- Ikkje nyttig i det heile tatt

**39) Dersom du har erfaring med ambulerande team frå helseføretaket, kor nyttig opplev**

	Har ingen erfaring med dette ambulerande teamet	Svært nyttig	I stor grad nyttig	I nokon grad nyttig	I liten grad nyttig	Ikkje nyttig i det heile tatt
Palliativt team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykatri team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rus team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALS team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabiliteringsteam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**40) Dersom du har hospitert hos helseføretaket, kor fagleg nyttig opplevde du hospitering**

- Har ikkje hospitert
- Svært nyttig
- I stor grad nyttig
- I nokon grad nyttig
- I liten grad nyttig
- Ikkje nyttig i det heile tatt



**41) Korleis opplever du at samhandlninga med helseføretaket fungerer i samband med ut**

	Ikkje i det heile tatt	I liten grad	I nokon grad	I stor grad	I svært stor grad
Tilgang til epikrise frå helseføretaket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilgang til sjukepleiedokumentasjon frå helseføretaket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilgang til rett kontaktperson i helseføretaket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunehelsetenesta får tilstrekkeleg tid til å få på plass nødvendig teknisk utstyr for heimesjukepleia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brukaren/pasienten har med seg naudsynte medisinar og reseptar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporten er tilpassa den enkelte pasients behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**42) Får du den informasjon som trengst frå helseføretaket når eldre brukarar/pasientar**



- Ikkje i det heile tatt
- I svært liten grad
- I liten grad
- I nokon grad
- I stor grad
- I svært stor grad

43) Har du sjølv gjeve informasjon til helseføretaket når eldre brukarar/pasientar har vorte kontaktet?

- Ja
- Nei
- Ikkje aktuelt

**Denne informasjonen blir berre vist i førehandsvisinga.**

Dei fylgjande kriteria må vere oppfylte for at respondenten skal få spørsmålet:

- (
- If «Har du sjølv gjeve informasjon til helseføretaket når eldre brukarar/pasientar har vorte lagt inn frå heimen sin?» equals «Ja»
- )

44) Dersom ja, i kor stor grad sørgjer du for at følgjande informasjon om eldre brukarar, er tilgjengeleg?

	Ikkje i det heile tatt	I svært liten grad	I liten grad	I nokon grad	I stor grad	I svært stor grad.
Innleggingsrapport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisinliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45) I kva grad får pårørande informasjon av deg når eit eldre familiemedlem skal leggja inn søknad?

- Ikkje i det heile tatt
- I svært liten grad
- I liten grad
- I nokon grad
- I stor grad
- I svært stor grad

46) Alt i alt, korleis opplever du at kommunikasjon og informasjonsoverføring fungerer i helseføretaket?

- Ikkje tilfredsstillande i det heile tatt
- I svært liten grad tilfredsstillande
- I liten grad tilfredsstillande
- I nokon grad tilfredsstillande
- I stor grad tilfredsstillande
- I svært stor grad tilfredsstillande

47) Alt i alt, kva meiner du kan bli betre ved kommunikasjon og informasjonsoverføring i helseføretaket?

**48) Opplever du at heimetenesta (heimesjukepleie, omsorgsbustad, bukollektiv) arbeider**

	Ikkje i det heile tatt	I liten grad	I nokon grad	I stor grad	I svært stor grad
Ved regelmessig vèging av eldre brukarar/pasientar med ernæringsmessige utfordringar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved regelmessig monitorering av fysiologiske data hos eldre brukarar/pasientar med kjende lidningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved å sikre naudsynte legetilsyn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**49) Opplever du at heimetenesta (heimesjukepleie, omsorgsbustad, bukollektiv) arbeider**

	Ikkje i det heile tatt	I svært liten grad	I liten grad	I nokon grad	I stor grad	I svært stor grad
Legg til rette for trivsel for den eldre brukar/pasient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legg til rette for god ernæring hos den eldre brukar/pasient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved å gjere fallførebyggjande arbeid i den eldre brukar/pasient sin heim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved å stimulere den eldre brukar/pasient til aktivitet/deltagelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre tiltak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**50) I kor stor grad tilpassar heimetenesta (heimesjukepleie/omsorgsbustad/bukollektiv)**

- I svært liten grad
- I liten grad
- I nokon grad
- I stor grad
- I svært stor grad

**51) Kan heimetenesta (heimesjukepleie/omsorgsbustad/bukollektiv) raskt tilpasse pers**

- Ikkje i det heile tatt
- I svært liten grad
- I liten grad
- I nokon grad
- I stor grad
- I svært stor grad.

**52) I kor stor grad tilpassar heimetenesta (hjemmesykepleie/omsorgsbustad/bukollektiv)**

- Ikkje i det heile tatt
- I svært liten grad
- I liten grad
- I nokon grad
- I stor grad
- I svært stor grad

53) Har du opplevd endring av dine arbeidsoppgåver i heimetenestene etter samhandlin

- Nei, ingen merkbare endringar
- Nei, endringa i arbeidsoppgåvene har skjedd over lengre tid
- Ja, endringa i arbeidsoppgåvene har skjedd først og fremst etter at samhandlingsreforma vart innført i 2012

**Denne informasjonen blir berre vist i førehandsvisinga.**

Dei fylgjande kriteria må vere oppfylte for at respondenten skal få spørsmålet:

- (
- If «Har du opplevd endring av dine arbeidsoppgåver i heimetenestene etter samhandlingsreforma 2012» equals «Ja, endringa i arbeidsoppgåvene har skjedd først og fremst etter at samhandlingsreforma vart innført i 2012»
- )

54) Viss ja i kva grad? Set kun eit kryss for kvar linje

	Ikkje i det heile tatt	I liten grad	I nokon grad	I stor grad	I svært stor grad
Ja, eg gjer arbeidsoppgåver som før reforma, vart gjort av andre yrkesgrupper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, eg gjer arbeidsoppgåver som tidligare vart gjort av spesialisthelsetenesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, oppgåvene har vorte meir varierte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, oppgåvene har vorte meir vanskelege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, arbeidsdagen har vorte meir hektisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, arbeidsdagen har vorte meir interessant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55) Korleis er fagkompetanse vektlagt på din arbeidsplass etter 2012? Set kun eit kryss

	I større grad	I varierende grad	I mindre grad	Inga endring
Auka fokus på å få høgare fagutdanning på alt personell i heimetenesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auka fokus på å søke rettledning hjå personale med spesialkompetanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	I større grad	I varierende grad	I mindre grad	Inga endring
Auka fokus på samarbeid med ulike fagnettverk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dei som har fagkompetanse arbeider nært og direkte til brukarane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dei som har fagkompetanse får anledning til å drive utviklingsarbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**56) I kor stor grad har du tilgang til personar med nautsynt kompetanse innanfor følgja**

	Ikkje i det heile tatt	I svært liten grad	I liten grad	I nokon grad	I stor grad	I svært stor grad
Førebygging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eldre med fleire lidningar og nedsett funksjonnivå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Væske og infusjonsbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sårbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiske lidningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruslidningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demenslidningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreftomsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lindrane behandling og omsorg til døydne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabilitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teknologiske løysingar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tverrfagleg samarbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koordineringsarbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individuell plan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rettleiing av eldre i helsefremjande tiltak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rettleiing av eldre i førebyggjande tiltak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilrettelegging av bustad og omgjevnader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamenthandtering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samhandling med frivillige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pårørandearbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Økonomiske støtteordningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre område	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**57) Har du erfart en endring av bruk av desse kunnskapskjeldene etter 2012? Set kun ei**





	Ikkje i det heile tatt	I svært liten grad	I liten grad	I nokon grad	I stor grad	I svært stor grad
Meir fokus på tverrfagleg samarbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gir større mogelegheiter for tilsette til å tilpasse hjelpa til den eldre sitt behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjer det lettare å tilby tenester til det tidspunktet brukarane trenger det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meir fokus på tildeling av hjelpemiddel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meir fokus på å gje større sjølvstende for tilsette i heimetenesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meir fokus på å gje større handlingsrom for tilsette i heimetenesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Individuell plan:** er eit verktøy for å lage eit tenestetilbod som er tilpassa brukarane sine behov. Planen skal vere eit verktøy for samarbeid mellom brukaren og dei ulike tenesteytarane, og den skal vere ein oversikt over tiltak og mål det skal arbeidast etter. Planen skal ta utgangspunkt i brukarens eigne mål og behov.

**65) Har du erfaring med bruk av individuell plan til eldre med samansette problemstillingar?**

- Ja  
 Nei  
 Veit ikkje

**Denne informasjonen blir berre vist i førehandsvisinga.**

Del fylgjande kriteria må vere oppfylte for at respondenten skal få spørsmålet:

- (
- If «Har du erfaring med bruk av individuell plan til eldre med samansette problemstillingar i heimestenesta?» equals «Ja»
- )

**66) Hvis den individuelle planen ikkje fungerer, kva er årsaka?**

	Ja	Nei	Usikker
Lite erfaring hos personalet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manglande kompetanse hos personalet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er for krevande for mange eldre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tar for mykje tid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





	I svært stor grad	I stor grad	I nokon grad	I liten grad	I svært liten grad	Veit ikkje
Vaktlegen kjenner ikkje pasienten						
Vaktlegen reiser ut for å vurdere brukaren/pasienten i heimen om heimetenesta ber om det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaktlegen har tilgang til same datasytem som heimetenesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein ser auka bruk av legevakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein ser mindre bruk av legevakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Samhandling med pårørnde.

**71) Har du deltatt på opplæring innanfor følgjande område? Set kun eit kryss for kvar lir**

	Ja, som ein del av grunnutdanning	Ja, som ein del av videreutdanning	Ja, som kurs	Nei
Kartlegge og vurdere omsorgsbelastinga for pårørnde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kartlegge og vurdere dei pårørnde sine behov for hjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltak for å møte dei pårørnde sine behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilpassa rettleiing og opplæring til pårørnde i primærbrukaren sine sjukdomar og behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilpassa rettleiing og opplæring i korleis pårørnde kan støtte og hjelpe primærbrukaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjelpemiddel og praktisk tilrettelegging i heimen for å avlaste pårørnde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juridiske reguleringar for pårørndearbeidet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→

**72) Hvis ja, kor omfattande har denne opplæringa vore?**

- Ein dag eller mindre
- Ei til fire veker
- Meir eller fire veker

**73) Opplever du at pårørnde har fått auka ansvar for eldre hjelpetrengande? Set kun ei**

	Ja	Nei	Har ikkje grunnlag for å vurdere utviklinga
Pårørande har no fått auka ansvar for eldre hjelpetrengande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pårørande har fått eit auka ansvar for eldre hjelpetrengande dei siste fem åra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pårørande har fått eit auka ansvar for eldre hjelpetrengande siste 10 åra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**74) Alt i alt, korleis vurderer du bidraget frå pårørande? Set kun eit kryss for kvar linje.**

	Ja	Nei	Både og
Tenesta er heilt avhengig av at pårørande bidrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mange pårørande har ein altfor stor omsorgsbelastning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenesta er ikkje nok merksame på dei pårørande sin viktige rolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltak for og støtte pårørande blir sett i verk for seint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**75) Har det vorte meir bruk av frivillige organisasjonar i heimetenesta etter 2012?**

- Ja  
 Nei  
 Veit ikkje

**76) Opplever du at hjelp frå naboar kan være avgjerande for at eldre hjelpetrengande ka**

- Ja  
 Ofte  
 Av og til  
 Sjeldan  
 Aldri

### Teknologiske hjelpemiddel

**77) Kva av desse teknologiske hjelpemidlane er i bruk på den tenestestaden du arbeider**

- Tryggleiksalarm  
 Måling av lys, varme, røyk, fukt  
 Varsling ved fall  
 Døralarmar  
 Måling av medisinske eller fysiologiske data (Fukt, BT etc.)  
 Hjelpemiddel der pasient/pårørande sjølv kan måle oksygenopptak, blodsukker, blodtrykk etc. ved elektronisk monitorering, for eigen vurdering eller der signal vert sendt til helsepersonell for vurdering.  
 Posisjoneringssteknologi som GPS for å finne pasientar



	Ikkje i det heile tatt	I svært liten grad	I liten grad	I nokon grad	I stor grad	I svært stor grad
Kan bidra til auka meistring for brukarane/pasientane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan bidra til auka tilgjenge til tenesten for brukaren/pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan bidra til auka muligheit til å bu lengre heime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan bidra til auka kompetanse hjå brukaren/pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan avlaste pårørande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**83) Opplever du at brukaren/pasienten får tilbod om opplæring i bruk av ulike nye tekn**

- Ja  
 Nei  
 Av og til  
 Veit ikkje

**84) I kor stor grad trur du nye teknologiske løysingar og hjelpemiddel kan påverke helse**

	Ikkje i det heile tatt	I svært liten grad	I liten grad	I nokon grad	I stor grad	I svært stor grad
Kan redusere reisetida for tilsette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan betre informasjonsflyten mellom ulike kommunale tenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan betre informasjonsflyten mellom helseføretak og kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan auke tilsette sin mogelegheit til å delta i fagnettverk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan auke tilsette sin mogelegheit til å få rettleiing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan auke mogelegheita for gje meir fleksible tenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan auke mogelegheita til å gje individtilpassa tenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan føre til uheldig overvaking av brukarane/pasientane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan gjere jobbar innan helse- og omsorg uinteressante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hjem > **For forfattere**

## Informasjon for forfattere

### Informasjon til forfatterne

#### Velkommen som bidragsyter til Nordisk tidsskrift for Helseforskning

Tidsskriftet er et tilbud til nordiske lesere innenfor helsefaglige miljøer, og til forskere innen helsefagene som ønsker å publisere egen forskning..

Tidsskriftet vil holde en bred fagprofil som reflekterer forskning og utviklingsarbeid ved nordiske helsefagutdanninger og tilhørende praksisfelt. Innholdsmessig vil hvert nummer av tidsskriftet presentere referee-bedømte, vitenskapelige artikler eller vitenskapelige essays. Det er knyttet anerkjente forskere på professor, undervisningsdosent- og første nivå til vurderingen og referee-bedømmelsen av artiklene. Tidsskriftet tar og inn FOU- artikler, som ikke vil bli referee-bedømte, men blir gjenstand for redaksjonell vurdering. Vi tar og inn kronikker, bokanmeldelser, debattinnlegg mm.

*Tidsskriftet har ikke kapasitet til å vurdere uferdige manuskripter.*

Manuskriptene sendes i World-format til hovedredaktør Inger Lise Wang på E-post adresse: [Inger.Lise.Wang@uin.no](mailto:Inger.Lise.Wang@uin.no)

De innsendte arbeidene må tydelig merkes, hvorvidt de er forskningsartikler, vitenskapelige essays eller annet.

#### Språk og form

Bidragene skal skrives på et nordisk språk. Det vil si norsk, svensk eller dansk.

Sammendrag skal skrives på engelsk med en engelsk overskrift.

Nokkelordene skal skrives både på norsk og engelsk. Det skal være semikolon mellom hvert nokkelord.

Hele materialet inkludert figurer, tabeller og referanser må skrives med enkel linjeavstand. Venstre marg må være minst 20 mm og høyre marg 20. Lengden på manuskriptet bør være mellom 4000 og 7000 ord for vitenskapelige referee-bedømte artikler og essays. Andre bidrag mellom 2000 og 7000 ord.. Bruk 12 punktts skriftstørrelse. Unngå appendikser. Ikke bruk mer enn tre nivåer av overskrifter og marker hvert nivå tydelig.

Nordisk Tidsskrift for Helseforskning gir ikke språkvask, men forutsetter at manuskriptet er vasket og korrekturlest ved mottagelse.

#### Tittelside og sammendrag

Det skal være en separat tittelside. Denne skal inneholde bidragets tittel, navn på forfattere og institusjonell tilknytning. Det må videre være en komplett postadresse med riktig postkode. Det er og ønskelig å få e-post adresse og telefonnummer til ansvarlig forfatter. For vitenskapelige artikler og essays skal tittelsiden og ha et sammendrag på maksimum 150 ord. Til slutt i sammendraget ber vi forfatterne komme med forslag til 3-6 nokkelord som kan være en veiviser mot essayets eller artikkelens innhold. Tittelsiden blir fjernet før bidraget sendes til referee.

### Tabeller og illustrasjoner

Tabeller og figurer bør nummereres med arabiske tall. Vær oppmerksom på proporsjonene i tabellen slik at den passer inn på en trykt side. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning trykkes i A4-format og kun i svart/hvitt. Illustrasjoner bør være profesjonelt tegnet og gjengitt på en slik måte at den egner seg for trykking.

### Litteraturhenvisninger i teksten

I teksten settes forfatters ettemavn og publikasjonens utgivelsesår: Duncan (1959). Dersom forfatter ikke er nevnt i teksten, oppgis ettemavn og utgivelsesår i parentes: (Holmboe 1999). Oppgi sidetall dersom du mener det er til hjelp for leseren. Sideangivelse oppgis etter utgivelsesår: (Borg 1985:24). Dersom verket det refereres til har to eller flere forfattere, oppgis begge ettemavn: (Andersen og Hansen 2000). Dersom verket det refereres til har mer enn to forfattere, oppgis alle navn ved første referanse. (Hanson, Jensen og Pedersen 2000). Bruk demest "et al." (Hanson et al. 2000).

### Litteraturliste

Litteraturlisten skrives etter hovedteksten. Bruk overskriften Litteratur. Listen skal settes opp alfabetisk og inneholde alle forfattere det er referert til i tekst og tabeller. Navn/tittel på tidsskrift eller bok kursiveres.

### **Ikke sett inn andre referanser i litteraturlisten, enn de du anvender i teksten**

Eksempel på referanse til bøker:

Alvesson, Mats og Kaj Sköldberg (1994) *Tolkning och reflektion*, Lund: Studentlitteratur

Eksempel på referanse til artikler i bøker:

Beston, G (2003) Brukerperspektiv på prosjektundervisning. I Hummelvoll, J. K. (red) *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forsknings samarbeid i akuttpsykiatrien*. Universitetsforlaget, Oslo, s. 220-229

Eksempel på referanse til artikler i tidsskrift:

Orstavik, S (2003) Det tvetydige brukerperspektivet. *Psykisk helse*, 6:19

### Noter

Bruk fotnoter, ikke sluttnoter. Ikke bruk flere noter enn strengt nødvendig. Noter bør i første rekke innarbeides i teksten.

### Elektronisk kopi

Når artikkelen er akseptert for publisering i sin endelige form, vil vi be om en elektronisk kopi til fagredaktør Nordisk Tidsskrift for Helseforskning foretrekker en ny versjon av Microsoft Word.

### Bekreftelse

Bekreftelse på at manuskriptet er mottatt og antatt sendes til forfatter og kun til førsteforfatter der det er flere forfattere.

Forfatterne vil motta et eksemplar av den aktuelle utgivelse. Den aktuelle utgivelsen sendes til førsteforfatter. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning betaler ikke ut forfatterhonorar.

### Fri og åpen adgang til publisering

De innsendte arbeidene må være originale, dvs. ikke publisert tidligere. Tidsskriftets første publiseringskanal er papirutgaven. Deretter vil vitenskapelige essays, artikler og utviklingsarbeid bli lagt ut gratis på nettet. Nettpublisering skjer gjennom søkerportalen Open Access. Andre søkerportaler er også aktuell. Alle lesere kan bruke og distribuere artiklene videre så lenge de oppgir forfatter og tidsskriftsreferansen. Forfatterne til bidragene har copyright (opphavsrett). Etter at bidragene er publisert, kan de bruke de som de selv vil. Dette tidsskriftet har heller ikke noe ansvar for hvordan bidragene brukes i ettertid. Dette forandringen endrer ikke kravet om høy kvalitet i publiseringen av artikler i tidsskriftet.

Tidsskriftets [hjemmeside](#)



