

Tone Hotvedt

Samhandling med pårørende på skjermet enhet

Hvordan erfarer helsepersonell at tilrettelegging av pårørendearbeid bidrar til samhandling med pårørende på skjermet enhet



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for Helse- og sosialvitenskap
Institutt for sykepleier- og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2023 Tone Hotvedt

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Bakgrunn: Det er forsket mye på pårørendes behov for oppfølging de siste årene. Pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver har egne lovpålagte rettigheter. Likevel opplever pårørende at de ikke får den oppfølgingen de har krav på. Hva som fremmer og hemmer pårørendesamhandlingen på skjermet enhet er det forsket lite på. For å kunne forbedre praksis må kunnskapen om hvordan det tilrettelegging av for pårørendeomsorg økes.

Hensikt: Studien har som mål å undersøke hvordan helsepersonell på skjermet enhet erfarer at det legges til rette for samhandling med pårørende. Dette kan gi en bedre forståelse av utfordringene med å yte god pårørendeomsorg og belyse organiseringen og rammene som må være på plass.

Metode: Studien er gjennomført som en kvalitativ intervjustudie med syv informanter fra tre sykehjem. Analysen er gjennomført med Systematisk Tekstkondensering.

Funn: Rutiner for pårørendesamhandling på institusjonen er viktig for dialog og oppfølging ved innflytting og over tid mellom ansatte og pårørende. Rutinene varierte, men alle sykehjemmene hadde primærkontakter med ansvar for kommunikasjon med pårørende. I tillegg viser funnene at det er behov for tilrettelegging for økt kompetansehevende tiltak innen pårørenderarbeid på skjermet enhet. Når samhandlingen blir utfordrende, er det viktig med støtte fra kollegaer og ledelse. Tid, ressurser og gapet mellom hva pårørende ønsker at sykehjem skal bidra med og de ansattes mulighet til å bidra med kan hemme samhandlingen med pårørende. De ansatte ønsket at «noen eksternt» skulle informere pårørende om muligheter og begrensninger før innleggelse på sykehjem.

Implikasjoner for praksis: Det er behov for gode pårørenderutiner samt at avdelingsleder på skjermet enhet planlegger og legger til rette for kompetanseheving av ansatte. Tid, ressurser og støtte til de ansatte er viktig tilrettelegging for at de kan samhandle godt med pårørende.

Videre forskning: I sentrale føringer beskrives viktigheten av jevnlig dialog med pårørende, men hva betyr dette egentlig? Hvordan kan man legge til rette for kompetanseheving på de respektive arbeidsplassene. Hvordan kan pårørendes forventninger justeres til dagen og fremtidens muligheter?

Nøkkelord: Demens, skjermet enhet, pårørende, samhandling, samarbeid, legge til rette for, organisering, helsepersonell, kvalitativ metode, kompetanse, tid, ressurser

Abstract

Background: Research concerning next of kin needs has had a focus and priority over the last few years. Family members with a particularly demanding caretask have been given rights of their own in the law. Nevertheless, they do not always receive the care they need. Factors contributing to and working against the interactions with next of kin on special care units have not been a focus area for research. To improve practice, we need more knowledge about how to plan this.

Aim: The aim of this study is to investigate how healthcare workers in special care unit experience the planning of interactions with next of kin. This may give a better understanding of the challenges staff meet in the care for next of kin and enlighten organizational and limitations that are needed.

Methods: A qualitative interview study with 7 informants from 3 different nursing homes, analyzed with Systematic Text Condensation.

Results: Procedures for interactions with family are vital for dialog at transition and over time. Primary contact systems existed in all the nursing homes, the routines varied. It is a need for improved competence in care of next of kin at special care units. When interactions become difficult, staff needs support from leader and colleague. Time, resources, the gap between family wishes and the staff's possibilities to fulfill the wishes are challenging for the staff. The staff called for "something or someone" externally to inform the family about the limited resource of staff prior to the transition to nursing home.

Implications for clinical practice: There is a need for routines and procedures for interactions with next of kin. Leaders need to plan and facilitate competence enhancement of staff. Time, resources and support of staff is further important for collaboration with next of kin.

Further research: The importance of regularly dialogue with family members is highlighted in governmental papers. What does it really mean? How can a raise of competence at institutions be planned and how can the families' expectations be adjusted to match more realistic opportunities?

Keyword: Dementia, special care unit, next of kin, interactions, collaborations, planning, organizing, staff, competence, time, resources, qualitative method

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| Sammendrag | 2 |
| Abstract | 3 |
| Innholdsfortegnelse | 4 |
| Forord | 7 |
| 1 Innledning | 8 |
| 1.1 Studiens bakgrunn | 8 |
| 1.2 Eget ståsted | 12 |
| 1.3 Hensikten med studien og relevans til klinisk praksis..... | 12 |
| 1.4 Problemstilling..... | 13 |
| 1.5 Presiseringer og avgrensninger..... | 13 |
| 1.5.1 Å legge til rette for..... | 13 |
| 1.5.2 Helsepersonell..... | 14 |
| 1.5.3 Pårørende..... | 14 |
| 1.5.4 Pasienter på skjermet enhet | 14 |
| 1.5.5 Faser i et langtidsopphold på skjermet enhet..... | 15 |
| 1.6 Oppgavens oppbygging | 15 |
| 2 Teori | 16 |
| 2.1 Kommunale helse- og omsorgstjenester i fremtiden | 16 |
| 2.2 Skjermet enhet | 17 |
| 2.2.1 Skjermet enhet og personsentrert omsorg | 17 |
| 2.2.2 Demens og APSD på skjermet enhet..... | 19 |
| 2.2.3 Rutiner og prosedyrer | 20 |
| 2.2.4 Primærkontaktsystemet | 20 |
| 2.2.5 Tverrfaglig samarbeid mellom ansatte | 21 |
| 2.2.6 Tavler..... | 22 |
| 2.2.7 Kompetanse hos ansatte..... | 23 |
| 2.3 Pårørende på skjermet enhet..... | 24 |
| 2.3.1 Pårørendes behov i helserelaterte overganger | 25 |
| 3 Design og metode | 27 |
| 3.1 Metodevalg | 27 |
| 3.1.1 Valg av kvalitativ metode og semistrukturelle intervjuer | 27 |
| 3.1.2 Litteratursøk..... | 28 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 3.2 | Vitenskapelig teoretisk forankring | 28 |
| 3.2.1 | Fenomenologi og hermeneutikk | 28 |
| 3.2.2 | Egen forforståelse | 29 |
| 3.3 | Datainnsamling | 30 |
| 3.3.1 | Rekruttering..... | 30 |
| 3.3.2 | Utvalg..... | 31 |
| 3.3.3 | Intervjuguide..... | 32 |
| 3.3.4 | Gjennomføring av intervjuer | 32 |
| 3.4 | Transkripsjon..... | 33 |
| 3.5 | Dataanalyse..... | 33 |
| 3.5.1 | Helhetsinntrykk..... | 33 |
| 3.5.2 | Meningsbærende enhet | 34 |
| 3.5.3 | Kondensering..... | 35 |
| 3.5.4 | Syntese..... | 36 |
| 3.5.5 | Resultatbearbeiding | 37 |
| 3.6 | Metodekritikk av egen studie | 38 |
| 3.6.1 | Reliabilitet..... | 38 |
| 3.6.2 | Validitet og overførbarhet | 39 |
| 3.6.3 | Etiske vurderinger av studien | 40 |
| 3.6.4 | Metodekritikk..... | 41 |
| 4 | Resultater..... | 44 |
| 4.1 | Tilrettelagt og planlagt pårørendearbeid..... | 44 |
| 4.1.1 | Prosedyrer og rutiner for pårørendesamarbeid | 44 |
| 4.1.2 | Støtte fra avdelingsleder og kollegaer | 47 |
| 4.1.3 | Tilrettelegging av kompetanseheving som fremmet samhandling med pårørende | 50 |
| 4.2 | Barrierer i samhandlingen med pårørende..... | 52 |
| 4.2.1 | Informantenes erfaringer med å stå i skvis mellom pårørendes krav og ønsker og ansattes muligheter til å oppfylle disse..... | 52 |
| 4.2.2 | Samhandling med pårørende når tid og ressurser begrenser mulighetene | 53 |
| 5 | Diskusjon..... | 55 |
| 5.1 | Rutiner og organisering | 55 |
| 5.1.1 | Tilrettelegging rundt innflytting og innkomstrutine | 55 |
| 5.1.2 | Primærkontakter og kompetanse | 56 |
| 5.1.3 | Tavler og kontinuitet | 58 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 5.1.4 | Spennvidden i tilrettelegging av rutiner | 59 |
| 5.2 | Kompetansehevende tiltak..... | 61 |
| 5.2.1 | Planlagt kompetanseheving og erfaringsbasert kompetanse | 61 |
| 5.2.2 | Leders ansvar for tilrettelegging av kompetanseheving | 63 |
| 5.2.3 | Økonomisk støtte og tilrettelegging for kompetanseheving..... | 65 |
| 5.3 | Avdelingsleder- og kollegastøtte i samhandlingen med pårørende..... | 66 |
| 5.4 | Tid og personalressurser..... | 67 |
| 5.5 | Å stå i skvis mellom pårørendes forventninger og de ansattes muligheter til å oppfylle ønskene | 70 |
| 6 | Avslutning..... | 72 |
| 6.1 | Konklusjon..... | 72 |
| 6.2 | Implikasjoner for praksis | 73 |
| 6.3 | Behov for videre forskning..... | 73 |
| 7 | Referanser/litteraturliste..... | 75 |
| 8 | Vedlegg..... | 82 |
| | Vedlegg 1 Fremdriftsplan..... | 82 |
| | Vedlegg 2 Meldeskjema..... | 83 |
| | Vedlegg 3 Vurdering av behandling av personopplysninger..... | 88 |
| | Vedlegg 4 informasjonsskriv til deltagere..... | 90 |
| | Vedlegg 5 Intervjuguide..... | 94 |
| | Vedlegg 6 Søkelogg..... | 1 |

Tabelloversikt

Tabell 3.5.1: Tabell med eksempel fra analyseprosessen: Helhetsinntrykk s. 34

Tabell 3.5.2: Tabell med eksempel fra analyseprosessen: Meningsbærende inntrykk s. 35

Tabell 3.5.3: Tabell med eksempel fra analyseprosessen: Kondensering s. 36

Tabell 3.5.4: Tabell med eksempel fra analyseprosessen: Syntese s. 37

Tabell 3.5.5: Tabell med eksempel fra analyseprosessen: Resultatbearbeiding s. 38

Forord

Livet blir sjelden som man planlegger. Jeg skulle aldri ta master, og nå er jeg her. Plutselig ved veis ende. Å ta master samtidig midt i en pandemi gir en annerledes studietid enn antatt, men det har vært en utrolig spennende periode.

Først må jeg takke inspirasjonskildene mine: «mine» pårørende som jeg har samhandlet med. Jeg har lært så mye av dere opp gjennom årene og det er dere som har gjort at jeg valgte dette temaet. I tillegg kunne jeg ikke gjort denne oppgaven uten informantene og lederne deres som ga meg av tiden og erfaringene sine.

Universitetet i Sørøst-Norge med masterprogrammet Klinisk helsearbeid – studieretning geriatrik helsearbeid har gitt meg fire utrolig spennende år, og jeg vet ikke om jeg hadde tatt noen master uten denne studieretningen. Det er mange forelesere og andre ansatte å takke. Men aller mest må jeg takke min veileder Marianne Eika for å ha hatt tålmodighet og ikke gitt meg opp på veien. Du har dratt meg tilbake når jeg har kommet for langt ut på viddene.

Jeg har fått utrolig mange gode studievenner i disse årene. Cecilie, tenk at vi skulle havne her da vi møttes på videreutdanningen! Sammen med Mari og Silje har vi hatt mange fine diskusjoner og holdt hverandre oppe når det stormet og løst ulike utfordringer i studiegruppen.

Gjennom mange år som student og arbeidsaktiv har jeg flere ledere å takke. Jeg må spesielt takke Mari Sandrød Owesen, som la til rette for en klinisk fagstige. Fagstigen ga erfaring i hvor mye mer spennende arbeidshverdagen blir når man kan øke sin kompetanse i takt med erfaringen. Panu Pernu må takkes spesielt. Du har et helt eget fokus på kompetanseheving av ansatte. Din støtte og tilrettelegging gjennom fire år har gjort det mulig å fullføre denne masteroppgaven.

Jeg skulle aldri ta master og det hadde jeg ikke gjort uten støtten fra deg Espen. Du tente mastergnisten og holdt liv i den lenge før jeg selv tenkte at det var et mål. Du har ikke klaget over manglende turfølge eller når jeg har vært langt inn i boblen min! Marie og Håvard, dere har vist meg at det er andre viktige ting i livet enn studier også.

1 Innledning

Denne oppgaven og studien er skrevet i forbindelse med mastergradstudiet klinisk helsearbeid, studieretning geriatrik helsearbeid. Fokus for oppgaven er hvordan helsepersonell erfarer at det legges til rette for samhandling med pårørende. Samarbeid mellom pårørende og helsepersonell trekkes frem av sentrale føringer som viktig. Samtidig er helse- og omsorgstjenesten stadig mer presset på ressurser og fagkompetanse. God organisering og tilrettelegging av helsehjelp som tilbys pårørende er lite fokusert på og er tema for denne oppgaven.

1.1 Studiens bakgrunn

Det vil i fremtiden bli en økende eldre befolkning og et synkende antall fagutdannet helsepersonell i Norge. Med en økende andel eldre vil det bli flere med demens som vil trenge helsehjelp i kommunehelsetjenesten. Det ble i 2020 estimert å være ca. 101.000 mennesker med demens i Norge, innen 2040 antas antallet å øke til 230.000 (Aldring og Helse, 2020; NOU 2023:4, s. 12). Demens er en fellesbetegnelse på ulike kognitive hjernesykdommer som fører til kognitiv svikt, atferdsmessige forandringer, funksjonssvikt og motoriske symptomer. Redusert hukommelse er et av hovedkriteriene og skal være medvirkende til svikten i andre symptomområder. Andre somatiske sykdommer og tilstander må kunne utelates og det bør kunne ses eller antas endringer i hjernen. Sykdommen må ha hatt en varighet på minst seks måneder. De ulike demenssykdommene vil gi ulike symptomer med forskjeller i utvikling og behandling (Engedal & Haugen, 2018a, s. 18; Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 8). Demens progredierer og deles inn i mild, moderat og alvorlig grad og regnes som palliativ, progredierende og dødelig (Folkehelseinstituttet, 2022). Sykdommen kan ha en lang varighet på opptil 10-12 år, men har ofte få års varighet etter at demensen når alvorlig grad (Engedal & Haugen, 2018a, s. 22).

Mot slutten av forløpet kan det bli behov for sykehjemsplass, og ved utfordrende adferd, plass på skjermet enhet. Utfordrende adferd som vises gjennom atferdsmessige og psykologiske symptomer (APSD) er vanlig ved alvorlig grad av demens. Over 90 % av pasientene har APSD i løpet av sykdomsforløpet i varierende grad og kan gi pasienten, men også pårørende og helsepersonell store utfordringer. For å finne løsninger for pasient og pårørende er det et behov for et godt samarbeid mellom pårørende og helsepersonell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 9; Jakobsen & Homelien, 2011, s. 147).

Å være pårørende til personer med demens kan være krevende og belastende over tid. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 gir pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver rett på oppfølging av egne behov med individuell oppfølging. Pårørende med omsorg for personer med demens over lang tid er i risiko for å få egen helse og livskvalitet redusert (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022b; Helsedirektoratet, 2019a, s. 78).

Flytting til skjermet enhet er en stor utfordring og helserelatert overgang for både pasient og pårørende. Pårørende kan oppleve en endring i roller og egen hverdag som pårørende på institusjon. Denne rolleforandringen kan gi behov for oppfølging med støtte og veiledning fra helsepersonell. Gjennom ny rollekunnskap og nye erfaringer kan pårørende oppleve mestring av den nye situasjonen som pårørende (Meleis, 2010, s. 13-23). I denne overgangen kan pårørende ha et stort behov for oppfølging og samhandling med helsepersonell for å komme gjennom overgangen med en positiv erfaring og mestringsfølelse (Meld. St. 15 (2017-2018), 2017, s. 149). De fleste pårørende er dessuten viktige bidragsyttere for at helsepersonellet skal bli kjent med pasienten, som talspersoner og omsorgspersoner. Helsepersonellet må bidra til at pårørende blir inkludert i teamet rundt pasienten (Barken & Lowndes, 2018, s. 64-65). Dialogen mellom ansatte og pårørende bør være en kontinuerlig prosess der samarbeid og samhandling prioriteres og planlegges. Dette er viktig både i innflyttingsfasen, men også i hele botiden. Samhandling mellom partene vil bygge relasjoner med tillit til hverandre og slik kan pårørende følges opp av helsepersonellet (Rognstad et al., 2015, s. 63). Demensplan 2025 og Leve hele livets dialogmøter viste at pårørende ikke følte seg godt nok sett og hørt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 26; Meld. St. 15 (2017-2018), 2017, s. 147). Tillit er grunnleggende i relasjoner mellom mennesker. Gir vi hverandre tillit åpner vi opp områder hos oss selv og den andre, som kan bygge relasjoner der vi viser vår sårbarhet. Dersom pårørende har tillit til helsepersonellet som hjelpere kan de støttes i deres sårbarhet og byrdefølelse (Eide & Eide, 2017, s. 26-28).

På skjermet enhet har ansatte behov for økt kompetanse om hvordan pårørendes opplevelse av å ha akseptert en sykehjemsplass kan være, og at dette kan påvirke samhandlingen mellom pårørende og ansatt (Bauer et al., 2014, s. 570-571). Negative følelser som skyld, byrde og dårlig samvittighet påvirker pårørendes livskvalitet og helse. En nederlandsk studie viser at pårørendes skyld og byrdefølelse overfor pasienten kan være høy i lang tid etter innflytting. Pårørende med mindre skyldfølelse er mer fornøyde med omsorgen som gis (Gallego-Alberto et al., 2022, s. 12-15). Pårørende og helsepersonell må samhandle om å løse ulike problemstillinger og behov som kan dukke opp skjermet enhet. Samhandling innebærer interaksjoner mellom to eller flere parter, som

ikke nødvendigvis er likeverdige, men som deltar i et samspill i kontakt med hverandre (Ingstad, 2019, s. 113-119). Det motsatte av samhandling blir usammenhengende handlinger med dårlig kontinuitet uten kvalitet og respekt for den enkelte (Orvik, 2015, s. 210). Studier om samhandling og samarbeid mellom pårørende og helsepersonell på sykehjem viser at jevnlig og hyppig kommunikasjon som bygger gode relasjoner mellom partene og sikrer god tillit og respekt i samhandlingen har stor verdi. Tillit kan bygges ved at pårørende ser at ansatte har god kunnskap om fagfeltet samt ved at den ansatte viser interesse for den pårørendes meninger, praktiske og emosjonelle behov (Bauer et al., 2014, s. 578-579; Hoek et al., 2021, s. 1637-1639; Utley-Smith et al., 2009, s. 176).

Statlige føringer legger opp til at kommunene har ansvaret for å tilby pasienter og pårørende et helhetlig og personorientert tilbud med oppfølging, støtte og avlastning (Meld. St. 19 (2018-2019), 2019, s. 116, 136). Det er et mål at oppfølgingen skal oppleves koordinert og individuell med mulighet for brukermedvirkning (Hellesø & Opheim, 2023, s. 13). Oppfølging av pårørende henger ofte sammen med tilbud og tjenester til pasienten. Støtten pårørende har fått fra kontakt med hjemmetjeneste og koordinatorene i kommunen tidligere erstattes av ansatte på institusjonen (Helsedirektoratet, 2019b, s. 79; Ingstad, 2019, s. 123).

Den desentraliserte modellen for helsetjenester gir kommunene ansvar for å organisere sine omsorgstilbud etter lokale behov. Skjermede enheter kan derfor driftes ulikt fra kommune til kommune. Dermed kan tilrettelegging for pårørendeomsorg bli forskjellig med ulike rutiner og pårørendetilbud. Ansvaret for å sikre tilstrekkelig kompetanse og organisering i enhetens ansattgruppe er kommunen og avdelingsleders oppgave. Antall ansatte med fagutdanning på skjermet enhet varierer fra kommune til kommune. Kompetanseutvikling og god organisering i hverdagen kan styrke omsorgen som gis (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022a, 2022b; NOU 2023:4, s. 54). Ledere ved sykehjem har et stort antall ansatte, en rapport fant sykehjem med opptil nesten 300 ansatte. Dette gir en utfordring for lederen å sikre at alle har tilstrekkelig kompetanse, gi alle ansatt god lederoppfølging og jobbe med kompetanseheving der det er behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 15).

Fokus på kompetanseheving av ansatte for å oppnå god omsorg må prioriteres i kommunene. Det er avdelingsleders ansvar å tilrettelegge for en ansattgruppe med høy fagkompetanse samt at kompetansebehov kartlegges og tilrettelegges for. Demensplan 2025 trekker frem god kompetanse og ferdigheter i pårørendeomsorg som grunnleggende i samhandling med pårørende i tillegg til kunnskap om demens, og andre somatiske sykdommer som eldre kan ha. Pårørende kan kjenne en

økt trygghet og tillit til omsorgen som gis personer med demens dersom de erfarer at ansattgruppen har et høyt faglig kompetansenivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 17, 30; Nakrem & Hynne, 2017, s. 172). En studie fra spesialisthelsetjenesten fant at helsepersonell har et behov for kompetanse i kartlegging av pårørendes helsekompetanse og tilrettelegging av pårørendeoppfølging ut ifra den enkeltes behov. Den studien trekker frem at helsepersonell har stort behov for kompetanseheving om kommunikasjon og pedagogikk rettet mot pårørendes individuelle behov (Finbråthen et al., 2023, s. 5).

Behovet for tilrettelegging av en mer systematisk og tilrettelagt pårørendeomsorg beskrives i føringer gjennom mange år. Fra behovet for å bedre pårørendes rettigheter gjennom lovpålagte rettigheter til demensplaner og pårørendestrategier (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020; NOU 2011:17, s. 9; Regjeringen, 2020).

Det etterlyses helsepersonell som er tydelige og aktive kontaktpersoner med en planmessig og tilrettelagt oppfølging av pårørende i dialogmøtene fra Leve hele livet. Stortingsmeldingen påpeker dessuten at den lovpålagte retten pårørende har til oppfølging har ble styrket i 2017 gjennom en pliktbestemmelse i loven om kommunale helse- og omsorgstjenester og i pasientrettighetsloven. (Meld. St. 15 (2017-2018), 2017, s. 147-148, 154).

Pårørendeveilederen påpeker at helsetjenesten skal legge til rette for pårørendeomsorg som gir støtte, veiledning og kommunikasjon for pårørende. Leder på den enkelte enhet er ansvarlig for å legge til rette for samhandling med pårørende og oppfølging av den ansatte i etterkant med blant annet refleksjon og veiledning ved etiske dilemmaer. Videre understreker veilederen at det bør legges til rette for samhandling mellom helsepersonell og pårørende på skjermet enhet gjennom både praktisk mulighet og mer systematisk tilrettelegging med faste rutiner for dialog med pårørende. Faste kontaktpersoner, gjensidig kommunikasjon trekkes frem som viktig. Det bør legges opp til at pårørende og helsepersonell kan avklare forventninger, pårørendes informasjons- og kontaktønsker og behandlingsavklaringer. Pårørende til personer med store belastninger, for eksempel pårørende til personer med demens på sykehjem, har behov for at det tilrettelegges for å følge opp deres individuelle behov, det bør legges til rette for muligheter og kompetanse hos helsepersonellet til å ta slike samtaler med pårørende (Helsedirektoratet, 2019b, s. 10, 35-42, 80-83, 102). Tilrettelegging av pårørendeomsorg i hverdagen kan også innebære å kunne sette av tid til å ha kontakt. Tidspress og vanskelig tilgjengelige ansatte nevnes i flere studier som noe pårørende bekymrer seg over og som kan gjøre at pårørende vegrer seg for å ta kontakt med ansatte (Norheim & Sommerseth, 2014, s. 12; Aasgaard et al., 2010, s. 32).

Gjennom sentrale føringer etterlyses en klar og tydelig dialog med pårørende. Tidlig forventningsavklaring, med mål om en felles oppfatning av pasientens situasjon, muligheter og informasjonsflyt trekkes også frem (Regjeringen, 2020, s. 8, 29).

Hurdalsplattformen peker på behov for å utarbeide metoder for å fremme bedre samhandling og samarbeid mellom pårørende og helsepersonell (Regjeringen, 2021, s. 60; 2022). Det kan se ut til at pårørendes behov for oppfølging ikke møtes tilstrekkelig. Det er derfor et behov for å se på dagens tjenester og vurdere hvordan organisering og tilrettelegging av pårørendeomsorg kan forbedres. Forskning og sentrale føringer påpeker behov for endringer i pårørendeomsorgen og tilrettelegging for kompetanseheving av helsepersonell i helse- og omsorgstjenesten for å møte pårørendes behov.

1.2 Eget ståsted

Som sykepleier på skjermet enhet har jeg jobbet nært med mange pårørende.

Pårørendekompetansen er i stor grad opparbeidet gjennom samhandling med «mine pårørende». I kontakt med ulike pårørende har jeg sett hvordan pårørendes behov for oppfølging varierer. I tillegg til praktisk erfaring ble interessen for pårørendearbeid styrket gjennom videreutdanninger og eksamensoppgaver i masterstudiet med pårørende som tema. Med noen unntak har det vært lite fokus på pårørendearbeid fra systemet rundt meg. Jeg har sett at ulike rutiner, omorganiseringer samt økonomiske rammer og lederes ønsker for drift påvirker pårørendeomsorgen vi gir. Det skjer mye god pårørendesamhandling, men vi lykkes ikke alltid. De fleste erfaringene mine er positive, men noen opplevelser har vært mer utfordrende og da har jeg vært avhengig av støtte i fra leder og kollegaer. Jeg har tenkt mye over hvordan kompetanse og tilrettelegging i arbeidsmiljøet påvirker den enkelte ansattes mulighet til å kunne gi den omsorgen og støtten som pårørende har behov for. Dette vekket interessen for om det kan ha noe å si hvordan arbeidshverdagen og ressurstilgangen organiseres for å kunne gi personorientert pårørendeomsorg med god kvalitet.

1.3 Hensikten med studien og relevans til klinisk praksis

En personsentrert demensomsorg innebærer å inkludere og ta vare på pårørende. Erfaring, media og pårørendeorganisasjoner viser imidlertid at det er store mangler og ulikheter i kommunene og at det trengs forbedringer for å nå den ønskede kvaliteten hvor pårørende får den støtte og omsorg som de har behov. De siste årene er det forsket mindre på hvordan helsepersonell erfarer å yte

pårørendeomsorg og hvordan pårørendeomsorg på en institusjon kan gjennomføres. Mange studier fokuserer mye på pårørende og pasient, men mindre på den ansattes erfaringer. Helsepersonell i samarbeid med pårørende og pasient er et avgjørende samhandlingsteam. Helsepersonellet må ha kunnskap og kompetanse til å koordinere og tilrettelegge for gode innflyttingsopplevelser samt dialog og samarbeid med pårørende gjennom hele oppholdet (Groenvynck, Fakha, et al., 2022, s. 379). Sentrale føringer fremhever viktigheten av at godt pårørendearbeid utføres, spesielt i tidlig fase av sykdommen. Oppfølging av pårørende på sykehjem og skjermet enhet beskrives i mindre grad detaljert (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 68; Helsedirektoratet, 2019a, s. 78). Organiseringen rundt og kompetansebehovet hos helsepersonellet har for å kunne gi god pårørendeomsorg er også sparsom. I og med at forskning har vist hva pårørende har behov for må det også ses på hvordan helse- og omsorgstjenesten kan tilrettelegges for å kunne dekke behovene hos pårørende. Det er behov for denne typen kunnskap for å kunne planlegge og legge til rette for en bedre pårørendeomsorg.

Denne studien har som mål å bedre forståelsen av helsepersonells erfaringer med hvordan tilrettelegging for pårørendeomsorg påvirker deres arbeid. Jeg ønsker å belyse hva slags tilrettelegging ansatte på skjermet enhets har behov for i sin oppfølging av pårørende.

1.4 Problemstilling

Hvordan erfarer helsepersonell at tilrettelegging av pårørendearbeid bidrar til samhandling med pårørende på skjermet enhet

1.5 Presiseringer og avgrensninger

1.5.1 Å legge til rette for

I følge helsepersonelloven §16 skal alle som yter helse- og omsorgstjenester organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022a). I dette legges det at arbeidsgiver plikter å sørge for at personalet har de rette ressurser og kvalifikasjoner tilgjengelig. Det skal være en tydelig fordeling av oppgaver og ansvar med rutiner,

instruksjoner og prosedyrer for utføring av arbeidet på faglig forsvarlig metode som overholder lover og plikter (Helsedirektoratet, 2022b, s. 50-51).

Med dette som føringer fra lovverket legger jeg i denne oppgaven til grunn at «det å legge til rette for» i denne organiseringen er rutiner, prosedyrer, ressurser og nettverk rundt den ansatte. Dette gir den ansatte mulighet til å samhandle med pårørende slik at lover, strategier, mål og rutiner kan oppnås og følges. Fysisk tilrettelegging av omgivelser er ikke tatt med i oppgaven.

I denne oppgaven anses tilrettelegging også å være de ressurser som tilbys den ansatte fra nærmeste leder, fagsykepleier og det kommunales systemet rundt enheten.

1.5.2 Helsepersonell

I denne studien er begrepet helsepersonell avgrenset til helsefagarbeidere, hjelpepleiere og sykepleiere. Disse samhandler i den daglige omsorgen for pasientene på skjermet enhet.

Yrkestittelen helsefagarbeidere er brukt om både helsefagarbeidere og hjelpepleiere.

Denne oppgaven har ansatte med direkte pasientkontakt og erfaringer sitt perspektiv. Det ikke er primært er en oppgave som ser på avdelingslederens utøvende rolle. Oppgaven beveger seg i et grenseområde hvor den ser lederens deltagelse og ansvar utifra den tilrettelegging og organisering som ansatte erfarer.

1.5.3 Pårørende

I denne oppgaven er pårørende den nærmeste pårørende, selv om alle andre som også kommer på besøk også må samhandles med. Nærmeste pårørende til personer med demens har selvstendige rettigheter til oppfølging, dette gir dem andre rettigheter enn andre pårørende. Videre i denne oppgaven benevnes pårørende til personer med demens på skjermet enhet som pårørende. Det skilles ikke mellom ulike pårørenderoller.

1.5.4 Pasienter på skjermet enhet

På skjermet enhet er pasientene i stor grad personer med demens, men det kan også forekomme mennesker med sykdommer og skader som er forårsaket av psykiatriske lidelser og hjerneskader

som har behov for tettere oppfølging. Jeg har valgt å begrense oppgaven til pårørende til personer med demens på skjermet enhet på sykehjem, pasientene har ofte andre sykdommer i tillegg, men det er ikke fokus i denne oppgaven. Jeg har valgt å ikke diskutere problemstillinger rundt informasjon til pårørende når personen med demens har delvis eller helt samtykkekompetanse. I denne oppgaven antas det at nærmeste pårørende kan motta all informasjon.

1.5.5 Faser i et langtidsopphold på skjermet enhet

Litteraturen omhandler ofte innflytting og palliativ fase på sykehjem. I denne oppgaven velger jeg å fokusere mest på innflytting og den lengre bofasen før den palliative fasen. Innflyttingen påvirkes av perioden før og beskrives noe, men er ikke det som vektlegges i oppgaven. Den helserelaterte overgangsfasen kan vare fra før innflytting og til en god stund etter innflytting uten noe definert avgrenset tidsperiode.

1.6 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er bygget opp med innledningskapittelet som tar for seg bakgrunnen for oppgaven samt presiseringer og avgrensninger. I teorikapittel to beskrives kunnskapsgrunnlaget for demens, skjermet enhets organisering og kompetansebehov. Til slutt i kapittelet beskrives teori om pårørende og deres behov ved helserelaterte overganger. I metodekapittel tre beskrives design og metode for studien. I den delen redegjøres det også for fremgangsmetode, forskningsmetode, intervjustudie og metodekritikk. Resultatene legges frem i kapittel fire og til slutt i kapittel fem drøftes problemstillingen i lys av teori, statlige føringer og funn fra intervjustudien. Avslutningen med konklusjon, implikasjoner for helsetjenesten og forslag til videre forskning kommer i kapittel seks.

2 Teori

I denne delen av oppgaven gis en oversikt over krav til kommunenes oppfølging av pårørende. Deretter presenteres teori om ansattes behov for kompetanse og skjermet enhet med organisering og funksjon. Til slutt følger forskning og teori om pårørende og deres behov særlig tilknyttet helserelaterte overganger som innflytting på sykehjem og endringer i allmenntilstand.

2.1 Kommunale helse- og omsorgstjenester i fremtiden

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3, legger føringer for hvordan kommunene skal planlegge og legge til rette for at innbyggerne har tilgang på nødvendige helse- og omsorgstjenester.

Omsorgstjenesten i den enkelte kommunen skal sikre innbyggerne, både pårørende og pasienter, hjelp i spennvidden mellom det en forventer at den enkelte skal kunne bidra med selv og frem til behandling som ytes av spesialisthelsetjenesten. Organisering og tilrettelegging av tilbud tilpasses den enkelte kommunes behov, ressurser og ønsker samt at det vurderes hvilke behov pasient og pårørende har (Hellesø & Opheim, 2023, s. 24, 31, 33; Helse- og omsorgsdepartementet, 2022b). Kommunale prioriteringer, mangel på økonomi og fagfolk kan sette begrensninger i tilbudet på den enkelte enhet. Dette settes opp mot samfunnets krav og forventninger samt medisinske og teknologiske utvikling av muligheter. Gapet mellom økonomiske ressurser, krav og ønsker fra pårørende og pasienter øker presset om prioriteringer som avdelingsledere og helsepersonell må ta. I fremtiden vil det økte antall eldre og den reduserte tilgangen på helsepersonell gi et gap mellom muligheter helsevesenet kan bidra med og det som forventes av mottakere og deres pårørende (NOU 2023:4, 2023, s. 15; Tingvoll et al., 2016, s. 3-6).

Flere stortingsmeldinger trekker frem at samarbeidet mellom pårørende og helsevesen må bedres. Tjenestetilbudet i det offentlige helsevesenet vil bli redusert fra dagen standard og kreve økende innsats fra pårørende og økt støtte til pårørende. Den frivillige pårørendeinnsatsen må øke i årene som kommer. Den enkelte innbygger i samfunnet må ta større ansvar for seg selv og sine, samtidig påpekes det at det helst skal gjøres gjennom eget ønske og mulighet, og ingen plikt. Dette vil også gjelde for tilbud på sykehjem, det forventes at pårørendes medvirkning også vil måtte øke (Meld. St. 15 (2017-2018), 2017, s. 152; Meld. St. 29 (2012-2013), 2013, s. 58).

Ved overgang til institusjon og skjermet enhet holder pårørendes omsorgsinnsats seg ofte høy i tiden etter innleggelse. Mange pårørende ønsker å fortsette å involvere seg i omsorgen- deres

innsats er et viktig bidrag til brukermedvirkning på skjermet enhet. Brukermedvirkning er en lovpålagt rettighet til å kunne ta aktivt del i behandlingsvalg og muligheter. På sykehjem kan brukermedvirkning sikres ved at pårørende deltar aktivt i utforming av omsorgen i samarbeid med helsepersonellet. Gjennom aktiv brukermedvirkning kan det tilrettelegges for involvering av pårørende på ulike nivåer i kommunens tjenester. Kommunene bør tilrettelegge for brukermedvirkning for pårørende på systemnivå i form av muligheter til deltagelse i utforming av tjenester og tilbud i kommunen (Helsedirektoratet, 2022a; Ingstad, 2019, s. 214).

2.2 Skjermet enhet

2.2.1 Skjermet enhet og personsentrert omsorg

Sykehjemsforskriften definerer skjermet enhet som sykehjemsavdelinger for 4-12 personer. I en kartlegging i 2018 hadde 91 % av kommunene skjermede enheter. Enhetene er spesielt tilrettelagte plasser med egne boenheter og fellesareal og har vanligvis høyere bemanningsnormering enn ordinære langtidssavdelinger (Helse- og omsorgsdepartementet, 1988; Helsedirektoratet, 2018b, s. 33, 34; Westerberg et al., 2010, s. 23, 26). Studier fremhever at skjermet enhet kan tilrettelegge bomiljøet slik at personens mulighet til å orientere seg på enheten styrkes. Små institusjoner tilpasser seg behovene til pasientene, og ikke omvendt, og fungerer bedre for denne pasientgruppen (Helsedirektoratet, 2019b, s. 75; Aasgaard et al., 2010, s. 8).

Kommunene avgjør struktur og organisering av skjermet enhet selv, slik at dette varierer fra kommune til kommune. Avdelingsledere på sykehjem har et stort ansvarsområde og kan være i en ensom posisjon med økende andel ansvarsoppgaver og prioriteringer. Sykehjemsledelsen består ofte av avdelingsleder, fagsykepleier, en administrativ koordinatorfunksjon og en sykehjemslege med ansvar for medisinsk oppfølging. Stillingsstørrelser i de administrative stillingene kan variere etter kommunens behov og ønsker (Brodtkorb & Hauge, 2022, s. 263-266; Tingvoll et al., 2016). Prioritering av ressurser på sykehjem er en oppgave som delegeres fra øverste ansvarlige ledelse i en kommune til avdelingslederne på sykehjem. Ressursfordelingen kan styres av avdelingslederen gjennom ansvaret for budsjett og utgiftskontroll. Budsjetttrammene styrer valg relatert til ressurser og forsvarlig drift av enheten. Det er avdelingsleders ansvar å balansere den økonomiske helheten opp mot den daglige driften, ønsker og krav fra ansatte, pårørende og pasienter. Avdelingsleder står i stor grad alene om disse beslutningene og settes ofte i en skvis mellom pasienters behov og kommunens budsjettkrav. Tilrettelegging av rett kompetanse på rett plass kan være utfordrende

(Berge & Eilertsen, 2020, s. 9; Solbakken et al., 2020, s. 209). Manglende økonomiske og bemanningsmessige rammer kan også påvirke muligheter til kompetanseutvikling. Tid til utvikling av ansatte, samt støtte til kostnader ved kurs og videreutdanning må prioriteres av avdelingslederen på vegne av kommuneledelsen, og kan brukes som middel for å beholde kompetanse (Berge & Eilertsen, 2020, s. 10; Gautun, 2020, s. 58). Kvalitetsutvikling er dermed tett knyttet opp mot avdelingslederens andre økonomiske prioriteringer. Ved utvikling og innovasjon viser studier at lederen spille en aktiv rolle. Aktivt støttende og deltagende ledere oppnår bedre personsentrert omsorg og kompetanseutvikling av ansatte enn mer fraværende ledere (Brodtkorb et al., 2019, s. 135; Røen et al., 2018, s. 1286).

Bemanning varierer med antall pasienter, mange enheter driftes med 2-3 ansatte ved 8-10 pasienter. Planlagt bemanning gjennom døgnet organiseres ofte i enten 3-skiftsystem eller med langvakter på dag og kveld samt nattevakter. Strukturerede fagmøter og rapporter mellom vaktlag styrker samarbeid og rollefordeling i det tverrfaglige samarbeidet. Kontinuitet ved fravær og ferie er med i den systematiske planleggingen. Organiseringen i små enheter, fagkyndig personell og at pårørende blir fulgt opp tett gir bedre personsentrert omsorg for denne pasientgruppen (Meld. St. 15 (2017-2018), 2017, s. 150; Røen et al., 2018, s. 1286; Aasgaard et al., 2010, s. 26). Ansattgruppen på skjermet enhet består ofte av ufaglærte assistenter, helsefagarbeidere, sykepleiere og vernepleiere med og uten videreutdanninger. En nasjonal kartlegging viste at antallet ansatte med fagutdanning på skjermet enhet varierer fra kommune til kommune. Gjennomsnittlig andel med helsefaglig utdanning i kommunene lå på 29,8%, og varierte fra null til hundre prosent (Helsedirektoratet, 2018b, s. 39).

Ansattgruppen bør ha spesialkompetanse om denne gruppens behov for personsentrert omsorg i mindre miljøer med tettere oppfølging av behov. Kompetanseheving og refleksjonsgrupper bør ifølge studier vektlegges i større grad enn på andre sykehjem (Adlbrecht et al., 2021, s. 15; Jakobsen & Homelien, 2011, s. 197).

Kitwood la grunnlaget for den personsentrerte omsorgsfilosofien som skjermede enheter driftes etter. De grunnleggende behovene trøst, tilknytning, identitet, inklusjon og aktivitet er basis. I tillegg så han på hvordan personen og miljøet rundt påvirket hverandre. Kitwood la grunnlaget for en omsorg som baserer seg på det helhetlige menneske og behovene til personen med demens (Solheim, 2020, s. 54). Denne tilnærmingen er i tråd med det personorienterte rammeverket. Det personorienterte rammeverket kan styrke organisasjon og ledelse som ikke har like stort fokus i den personsentrerte omsorgen (Phelan et al., 2020, s. 14).

Gjennom den bio-psyko-sosiale modellen og personsentrert omsorg legges grunnlaget for en forståelse av demens av alvorlig grad som ses på skjermede enheter. Trygghet og trivsel, men også kontroll og stimuli samt krav og omsorg tilpasset den enkelte er elementer i omsorgen. Søkelys på disse elementene kan dempe uro, angst og atferdsmessige og psykologiske symptomer (APSD). Personalet må ha god kunnskap om hvordan sykdommens skader i hjernen og miljømessige og sosiale forhold som kan medvirke til utfordrende adferd (Kirkevold, 2018, s. 262-264).

Personsentrert omsorg innebærer også tett samarbeid med pårørende. Sykdomsutviklingen hos pasientene på skjermet enhet har ofte kommet så langt at de ikke kan uttrykke ønsker og behov selv. Pårørende er derfor nødvendig støttespillere som ansatte må ha god dialog med for å kunne yte god personsentrert omsorg. Inkludering av pårørende i omsorgen gir dessuten tryggere pårørende som bidrar til en bedre total omsorg for pasienten (Gotaas et al., 2020, s. 49, 78; Nakrem & Hynne, 2017, s. 173).

Omsorgsfilosofien til Kitwood har blitt videreutviklet, gjennom ulike refleksjonsmodeller som Tverrfaglig intervensjonsmodell (TID), VIPS praksismodell (VPM) og Dementia Care Mapping (DCM) (Solheim, 2020, s. 251-253).

2.2.2 Demens og APSD på skjermet enhet

Innleggelsesårsak på skjermet enhet er ofte APSD som gir dårlig fungering i vanlige langtidssavdelinger, eller at det er behov for tettere oppfølging. Aggressivitet, samt kognitivt og funksjonelt funksjonstap er vanlige utfordringer hos pasienter på skjermet enhet. Agitasjon innebærer uro, aggresjon, manglende hemninger og repetitiv adferd. Dette ses i økende grad etter hvert som sykdommen utvikler seg. Påkjenninger rundt hverdagsaktiviteter, ADL-handlinger, som stell, ernæring og eliminasjon kan skape frustrasjon og agitasjon. (Helsedirektoratet, 2019a, s. 7, 75; Helvik et al., 2016, s. 37; Mæland et al., 2013, s. 238; Selbæk, 2018, s. 246-254).

Affektive symptomer kan være apati som tilbaketrekking og passivitet. Dette kan gi tiltaksløshet og vise seg ved at det er vanskelig motivere til aktivitet. Det kan være svært frustrerende for pårørende å se og oppleve at personen ikke vil være med på aktiviteter (Solheim, 2020, s. 31).

Kognitive symptomer kan være apraksi, svekket språkevne, orienteringsvansker, handlingsvikt, svekket hukommelse, læringsevne og intellektuelle evner. Afasi er et symptom på langt kommet demens der personen ikke lenger kan gi verbalt uttrykk for ubehag og behov (Engedal & Haugen, 2018b, s. 29-41).

2.2.3 Rutiner og prosedyrer

En prosedyre inneholder beskrivelser av hvordan noe skal utføres (Eiring et al., 2010, s. 6; Nylenna, 2018). Rutiner skal utarbeides i henhold til krav og retningslinjer fra myndigheters definisjoner av faglig forsvarlig praksis og avdelingslederen har ansvar for virksomhetens prosedyrearbeid (Helsedirektoratet, 2018a). Rutiner, retningslinjer og prosedyrer utvikles for å sikre at en organisasjon som en skjermet enhet med mange ansatte har verktøy til å gi riktig og lik utførelse av arbeidsoppgaver, slik som kommunikasjon med pårørende blir det utarbeidet. En rutine er en gjentakende arbeidsoppgave som utføres av en eller flere i arbeidskollegiet. Beskrivelsen av gjennomføringen av arbeidsoppgaven er grundig, og kan spesifisere hvem som har ansvaret for ulike deler av gjennomføringen. En stor del av rutinen inneholder kompetanseoverføring tilknyttet ulike deler av oppgaven. Den sikrer at alle vet hva de skal gjøre i en situasjon. Ledelsen vil kunne utføre kontroll av medarbeidernes utførelse av oppgaven (Greenhalgh, 2008, s. 1269). Sjekklistene er en enklere variant av rutiner. Innen medisin og pasientsikkerhet benyttes sjekklistene i stor grad til å sikre at behandling følger rutinene, som en hukommelseshjelp eller for å evaluere gjennomført behandling. Prosedyrer eller rutiner ligger i bakgrunn for en sjekkliste (Aase, 2022, s. 278). Rutiner og prosedyrer er metoder for å sikre at avvik ikke skjer. Endring av en rutine kan også være resultat av et avvik. Når rutiner ikke følges kan det skje uønskede hendelser, avvik. Målet er å ta lærdom av det som har skjedd og sikre at det ikke skjer igjen. Avviksgjennomgang er avdelingsleders ansvar (Helsedirektoratet, 2018a; Aase, 2022, s. 49).

2.2.4 Primærkontaktsystemet

Primærkontaktsystemet innebærer at hovedansvaret for en pasient er gitt til en pleier. Oppgavene innebærer oppfølging av pårørende og pasientrelaterte avtaler, behov, ønsker og aktivitet. Dette er viktig for å oppnå god pårørendeomsorg med ansvarsfordeling og trygghet for pasient og pårørende. Som anbefalt i *Leve hele livet* har helsefagarbeidere oftest primæransvaret for pårørende. Pårørende ønsker faste kontaktpersoner og hyppig kontakt med pårørende gir erfaring, sikkerhet og trygghet i utøvelsen for både helsepersonell. Sykepleieren er sekundærkontakt som støtter og veileder helsefagarbeideren med oppfølgingen av pårørende (Meld. St. 15 (2017-2018), 2017, s. 26, 154). Primærkontaktsystemet kan gi følelse av ansvar og en tettere kontakt og relasjon mellom pasient og primærkontakt, utover basisen i pleier-pasientrelasjonen (Eika et al., 2015, s. 8). Teamet må ha felles målsetting om god omsorg og pleie. Oppgaver delegeres og omfordeles innad i gruppen ved behov, for eksempel når pårørende må ha utfyllende informasjon som må gis av sykepleier eller lege istedenfor helsefagarbeideren (Ingstad, 2019, s. 118). Det kan være ulik kvalitet på

pårørendeoppfølgingen. Aasgaard et al. studie (2010, s. 31) viste at primærpleiersystemet og den ønskede kontinuitet fungerte i varierende grad etter hensikten. Dette kunne ha med at turnus gjorde at pårørende ikke traff sin kontakt når de kom på besøk, men at de da forsøkte utveksle informasjon med den ansatte de traff. Det var ulike erfaringer på hvor godt ønsker ble fulgt opp, og ikke alle pårørende visste hvem kontakten sin var. Pårørendearbeidet viser hvordan tverrfaglig samarbeid og oppgaveglidning kan organiseres og jobbe mot samme mål.

2.2.5 Tverrfaglig samarbeid mellom ansatte

Tverrfaglig og tverrprofesjonelt arbeid innebærer at flere yrkesgrupper jobber sammen mot et felles mål. Alle involvertes kunnskaper og ferdigheter kan bidra gjennom handlinger, diskusjoner og refleksjon til omsorg i et dynamisk miljø. Det blir best resultat av tverrfaglig samarbeid når de ulike profesjonene kan bruke sin styrke og kompetanse på sine områder på en systematisk måte der man bygger på de ulike yrkesgruppers kompetanse og ferdigheter. I tverrfaglig samarbeid deles informasjon og erfaring for å nå målet sammen. Tett faglig samarbeid kan føre til god kunnskap og oppgavedeling på tvers av profesjonene (Ingstad, 2019, s. 118-119).

Yrkesgrupper med ulik utdanning samhandler om å gi omsorg til pasient og pårørende på skjermet enhet. God organisering av arbeidsgruppen og et tverrfaglig samarbeid mellom faggruppene på skjermet enhet gir mulighet for en bedre helhetlig personorienterte omsorg av god kvalitet både til pasienter og pårørende, og gir pårørende mulighet til å bli sett for sine behov (McCormack et al., 2021, s. 22). Oppgaver kan delegeres fra avdelingsleder og lege til sykepleier.

I tillegg har sykepleiere og helsefagarbeidere har mange fellesområder hvor de jobber sammen eller der oppgaver er overført fra sykepleier til helsefagarbeider (Devik & Olsen, 2022, s. 10, 17).

Sykepleierne har et overordnet ansvar for kvaliteten i oppfølgingen som tilbys. Sykepleieren er leder med organisatorisk, koordinerende og tilretteleggende rolle i pleierteamet med ansvar for å organisere og utvikle ansattgruppen slik at tjenestene blir forsvarlige og kompetente.

Helsefagarbeiderne er den yrkesgruppen som sykepleierne samarbeider mest med i det daglige (Brodtkorb & Hauge, 2022, s. 264). Denne yrkesgruppen har hovedansvaret for pleie- og omsorgsoppgaver samt andre oppgaver som blir delegert fra sykepleietjenesten. Samarbeidet over profesjonsgrensene er avhengig av tillit og kjennskap til hverandres fag. Ifølge Devik & Olsen (2022, s. 27) er det ikke alltid at denne kjennskapen er på plass og det kan skape usikkerhet for oppgaver som delegeres. Tillit til hverandre samt opplæring, støtte, veiledning og positive relasjoner og holdninger til hverandre bør vektlegges.

Det kan være utfordrende å jobbe med personer med demens. Ansatte kan ha behov for tilrettelegging av refleksjonsmetoder organisert av ledelsen. Refleksjonsmodellene har som hovedmål å gi pasientene en bedre hverdag. Det gir dessuten ansatte refleksjonsverktøy til å jobbe tverrfaglig sammen, for eksempel Tverrfaglig intervensjonsmodell (TID), VIPS praksismodell (VPM) og Dementia Care Mapping (DCM). Studier viser at ansatte mestrer hverdagen med utfordrende situasjoner og finner løsninger bedre dersom de kan reflektere systematisk og få øke kompetansen sin gjennom denne typen metoder (Lichtwarek et al., 2019, s. 971; Rummelhoff et al., 2016, s. 45). Metodene bygger i stor grad på Kitwoods personsentrerte omsorg og systematisering av det som observeres og vurderes til å være utfordringsbildet (Solheim, 2020, s. 51-54).

Organisering i team kan gi en bedre utnyttelse av kompetanse som det er mangel på, men det må planlegges slik at deltagerne er enige i roller og ansvar i gruppen, istedenfor at alle gjør litt av alt (Melby et al., 2022, s. 23, 81). Riktig oppgavedeling i helsevesenet fremheves i helsepersonellkommissjonens høringsutredning. Fagutdannet personell må gjøre oppgaver de er utdannet til. Andre oppgaver må delegeres til andre yrkesgrupper. Det må planlegges for en fremtid der det blir knapphet på fagutdannet helsepersonell. Helsepersonellkommissjonen anbefaler systematisk kompetanseplanlegging med fokus på samarbeid, rolleavklaring og ledelsesforankring. Det må jobbes systematisk for å sikre at kompetanse på oppgaver som delegeres til nye grupper av ansatte overføres og kvalitet og pasientsikkerheten opprettholdes (NOU 2023:4, s. 130-132).

2.2.6 Tavler

For å sikre systematisk oppfølging av pasienter på skjermet enhet kan tavlemøter og tavler bidra til å sikre felles vurderinger og rolleavklaringer om hvem som gjør hva i det tverrfaglige teamet. (Brodtkorb et al., 2021, s. 6). Tavler kan brukes både som fysisk tavle på veggen og som elektronisk tavle. Det anbefales at det gjennomføres tverrfaglige møter jevnlig der man gjennomgår behovene til pasienter og pårørende i felleskap. Både risikotavler og forbedringstavler benyttes i helse- og omsorgstjenesten. Risikotavler benyttes for å ha ekstra fokus på viktige problemområder, mens forbedringstavler gir oversikt over mål som enheten har og skal gi ansatte en rask oversikt på hvordan forbedringsarbeidet utvikler seg og kan danne grunnlag for diskusjoner om veien videre. Pasientsikkerhetsprogrammet trekker frem viktigheten av at tiltaket er lederforankret og at deltagerne opplever at det blir mer søkelys på det som er viktig og at det tilpasses lokale forhold (Skjellanger, 2015).

2.2.7 Kompetanse hos ansatte

Avdelingsledere på sykehjem har ansvar for å legge til rette for å fremme fagutvikling og kompetanseheving for å beholde og bygge et godt arbeidsmiljø med kollegastøtte og samhold i arbeidsteamene. Rett kompetanse på rett plass vil bidra til at omsorgen når mottaker på best mulig måte, for eksempel pårørende med behov for oppfølging. Kompetanse består av evner, ferdigheter, holdninger og kunnskap. Videre innebærer kompetansebegrepet også sosial og personlig kompetanse, som innebærer evnen til å være selvstendig og ta initiativ samt ha ansvarsfølelse og motivasjon til læring og utvikling. I tillegg trengs evnen til å samarbeide og kommunisere med andre mennesker (Lai, 2021, s. 53-57). Ansatte må ha kunnskap om pårørendes behov for omsorg og støtte slik at den ansatte forstår hvorfor dette arbeidet må prioriteres og gis omsorg (Jakobsen & Homelien, 2011, s. 19; Pedersen et al., 2022, s. 37). Pårørende som opplever høy faglighet og blir inkludert i omsorgen mestrer bedre å være pårørende på sykehjem (Nakrem & Hynne, 2017, s. 168).

Pasienter i sykehjem er multimorbide og har komplekse behov som krever høy kompetanse. Behovene vil fortsette å øke i fremtiden (Meld. St. 15 (2017-2018), 2017, s. 52, 123-125; Myrvang & Rokstad, 2022, s. 10). Det må legges til rette for et arbeidsmiljø der kompetansebygging er en kontinuerlig prosess og ønsket av alle. Både formell og uformell kompetanseheving bør vektlegges. Formell kompetanseheving kan være kurs og videreutdanninger. Uformell kompetanseheving skjer gjennom daglige erfaringer, refleksjoner og internundervisninger. Ulike læringsmål og behov vil avgjøre valg av metode og pedagogikk. Digitale verktøy, internundervisning, gruppediskusjoner eller 1-til-1 undervisning er gode eksempler (Lai, 2021, s. 113-138). Brenden et al. (2011, s. 71) fant i tillegg andre metoder i bruk ved kompetanseheving på sykehjem som kollegalæring, veiledning, refleksjon, litteraturlæsning, etter/videreutdanning, og referering etter kurs på personalmøter. Både i en generell pårørendestudie fra helse- og omsorgstjenesten i Norge og en studie fra skjermet enhet i Østerrike beskrev helsepersonell at det å reflektere og diskutere med kollegaer gav god kompetanseheving. Ifølge informantene hevet det hele teamets kompetanse og alle ansatte fikk en mer lik og konsekvent tilnæringsmetode. Omsorgen fikk bedre kvalitet og samarbeid, og samhandlingen ble bedre innad i gruppen. Å ha et arbeidsmiljø der pårørendeomsorg ble sett på som fornuftig bruk av tid var viktig (Adlbrecht et al., 2021, s. 9; Gotaas et al., 2020, s. 82).

Det er varierende grad av kompetansenivå på skjermede enheter blant ansatte i helsefagarbeidergruppen og sykepleiergruppen. Både nye og eldre studier viser behov for økt

kompetanse (Brenden et al., 2011, s. 73; Hopøy et al., 2020, s. 13). En rapport fra NOVA rapporterer om at flere studier og undersøkelser viser at manglende sykepleierdekning gir lavere kvalitet i pleien. Når sykepleiermangelen øker, må helsefagarbeidernes kompetanse økes. Undersøkelser blant sykepleiere viser at det er vanskelig å få mulighet til kompetanseheving, veiledning og opplæring i kommunene. Selv om dette var en målsetting etter samhandlingsreformen (Gautun, 2020, s. 8; Melby et al., 2022, s. 96). En annen rapport viste at kompetanseheving og delegering og av arbeidsoppgaver nedover i systemet, for eksempel fra sykepleier til helsefagarbeider er nødvendig for å sikre tjenester og skape trygghet og sikkerhet for utøvere og brukere. Tverrfagligheten kan gjøre at mange sykepleieroppgaver kan ivaretas av helsefagarbeidere med opplæring. På mange områder gjøres dette allerede, primæransvaret for pårørende gis for eksempel til helsefagarbeidere (Ludvigsen & Danielsen, 2014, s. 6).

2.3 Pårørende på skjermet enhet

Ifølge Pasient og brukerrettighetsloven §1-3 er nærmeste pårørende den pasienten avgjør selv. Dersom det på grunn av sykdom ikke er mulig må ansvarlig for behandlingen avgjøre hvem som er nærmeste pårørende. Den personen som har den mest løpende og varige kontakten med personen over tid velges som nærmeste pårørende. Lovens prioriterte rekkefølge er ektefelle/partner/samboer, myndige barn, foreldre/foresatte, myndige søsken, besteforeldre, annen nær familie og til slutt verge (Helsedirektoratet, 2019b, s. 8).

Studier viser at hvilke demensdiagnose pasienten har og hvilken tilknytning pårørende kan gi utslag i behov og påkjenninger hos pårørende. Å være pårørende til frontallappdemens, yngre med demens og personer med minoritetsbakgrunn kan være ekstra utfordrende. Menn og kvinner kan ha ulike behov og det er forskjell mellom ektefeller, voksne barn, barn under 18 år og andre pårørendegrupper. Det er ingen plikt til å ta seg av sine nærmeste i Norge, men mange føler det forventes (Hanssen & Sommerseth, 2015, s. 72; Øydgard, 2018, s. 38-44).

Flere pårørende føler at det er en forventning fra samfunnet og kjenner egen selvførte familiære plikt og setter andre oppgaver og plikter på vent for å fylle hjelperrollen. Når den pårørende føler at omsorgen blir mer tvang enn selvvalgt kan velbefinnende og helse hos pårørende påvirkes. Dersom muligheten til å velge selv hvilke oppgaver en skal bidra med, kan mulighet til å beholde mer av eget liv gi bedre helse for den pårørende (Al-Janabi et al., 2018, s. 164; Øydgard, 2018, s. 113, 168). De fleste pårørende ønsker å fortsette omsorgsarbeidet etter innflytting på sykehjem, men kan

trengte veiledning i hvordan dette kan gjennomføres. Det kan være en belastning å ha ansvar for at noen har måttet flyttet på sykehjem. Samtidig som det kan være en lettelse for pårørende å slippe ansvaret kan pårørende føle skyld, skam og dårlig samvittighet. Denne påkjenningen kan vare lenge etter innflytting (Gallego-Alberto et al., 2022, s. 60-64; Jakobsen & Homelien, 2011, s. 146; Rognstad et al., 2015, s. 60).

I tillegg til å være tjenestemottaker på grunn av eget behov for oppfølging som pårørende i en vanskelig situasjon og som besøkende istedenfor omsorgsyter i hjemmet har pårørende ulike roller i kontakten med pasienten. De fleste pårørende på skjermet enhet er en kunnskapskilde om pasienten gjennom sin kjennskap til pasienten (Gotaas et al., 2020, s. 18). Påkjenningene ved å være pårørende kan også være ofte knyttet til å være talsperson for pasienten. Videre bidrar pårørende med praktisk støtte av gjennomføring av aktiviteter i hverdagen og relasjonell støtte (Hoek et al., 2021, s. 1642; Jakobsen & Homelien, 2011, s. 146).

2.3.1 Pårørendes behov i helserelevante overganger

Pårørendes behov for støtte ved innflytting på skjermet enhet og i tiden etterpå trekkes frem i studier. En overgang fra hjemmeboende til sykehjem kan oppleves som belastende og uoversiktlig (Groenvynck, Fakha, et al., 2022, s. 379). Mange pårørende har behov for mye informasjon fra ansatte om dagligdagse ting i hverdagen på avdelingen og kontinuerlige endringer i allmenntilstand for å føle at de er inkludert og involvert i omsorgen (Hoek et al., 2021, s. 1641; Rognstad et al., 2015, s. 61-63).

Flytting til sykehjem beskrives som en stor overgang for både pårørende og personen med demens. En overgang kan defineres som en endring i en situasjon eller funksjonstilstand til en annen. Endring av bosituasjon eller endring i allmenntilstand underveis i sykdomsforløpet kan være en overgang som kan kreve mye av pårørende. I denne fasen er personene det gjelder spesielt sårbare og i risiko for å få redusert livskvalitet og helse. En overgang krever ofte tilvenning til en situasjon som kan kreve endring av kunnskap, aktiviteter og eget selvbilde. Å støtte og legge til rette for pårørende i helserelevante overganger er helsepersonellens oppgaver (Schumacher & Meleis, 2010, s. 41-46).

Pårørendes opplevelse av overgangen påvirkes av oppfølgingen fra helsepersonellet. Tilrettelegging av en god overgang og innflytting på sykehjem krever at helsepersonell har kunnskap om utfordringene pårørende opplever. Emosjonell støtte, tilrettelegging som medbestemmelse og å kunne påvirke tidsforløpet i en innflytting er faktorer som kan påvirke pårørendes opplevelse av innflytting (Eika et al., 2014, s. 2192; Groenvynck, de Boer, et al., 2022, s. 4-5). Studier anbefaler

at helsepersonellet er den aktive parten i å danne nye relasjoner og legge til rette for planleggingen. Å legge til rette for en god innflytting der pårørende kan bli kjent i avdelingen og få faste kontaktpersoner trykker pårørende i sin bekymring for omsorgen på sykehjem (Bauer et al., 2014, s. 571; Rognstad et al., 2015, s. 60,63).

Dersom pårørende ikke får veiledning, kunnskap og oversikt over den nye situasjonens krav og forventninger kan resultatet bli fysiske og psykiske påkjenninger og dårlig mestringsevne i overgangen (Kelley & Lakin, 2010, s. 572; Meleis, 2010, s. 17). Flere studier viser at når helsepersonell forstår behovet for, og tar seg tid, til systematisk pårørendeomsorg med kartlegging og oppfølging ved innflytting bygges relasjoner tidlig. Videre kan det hindre uenigheter og spare tid senere (Bauer et al., 2014, s. 580; Gotaas et al., 2020, s. 6, 18, 81; Utley-Smith et al., 2009, s. 170-174). To norske studier fant at det kunne være tilfeldig om pårørende fikk god støtte og informasjon, det ble etterlyst både faglig kompetanse og holdninger hos ansatte for å dekke behovet for å bli sett, informert og inkludert (Nakrem & Hynne, 2017, s. 171-173; Norheim & Sommerseth, 2014, s. 12).

For å hindre tilfeldigheter i oppfølgingen anbefaler andre studier at pårørende følges tett med innkomtsamtaler og andre planlagte møter. Uformelle samtaler i hverdagen kan også være med på å bygge tillit og relasjoner og hindre at pårørende føler seg inkludert istedenfor i veien (Barken & Lowndes, 2018, s. 65; Eika et al., 2014, s. 2192).

3 Design og metode

I denne delen av oppgaven redegjøres det for forskningsprosessen. Først presenteres valget av kvalitativ forskningsmetode, design og analysemetode. Deretter gjennomgås selve gjennomføringen av forskningsstudien med de ulike stadier i prosessen. Til slutt presenteres en egenvurdering av studien med metodekritikk.

3.1 Metodevalg

3.1.1 Valg av kvalitativ metode og semistrukturelle intervjuer

Til denne studien valgte jeg kvalitativ metode. Kjennetegn ved kvalitativ metode er at målet for forskningen retter seg mot sosiale fenomener, egenskaper og erfaringer. Datamaterialet innhentes i intervjuer, deltagende observasjoner eller tekstanalyser. Ved kvalitativ metode fortolkes meningsinnholdet av forskeren (Thagaard, 2018, s. 15).

Jeg ønsket å få mer kunnskap om helsepersonells erfaringer om tilretteleggingen rundt samhandling mellom pårørende og helsepersonell gjennom intervjuer og tolking av transkribert materiale. Dette fenomenet og erfaringer fra helsepersonellet kan belyses gjennom fenomenologiens mål om å forstå fenomener og hermeneutikkens mål om å fortolke mening i en tekst. Designet beskrives som velegnet til å studere mening tekster og opplevelser av det som skjer i sosiale arenaer og forstå hvorfor hendelser skjer (Malterud, 2017, s. 31).

Gjennom en intervjustudie kunne jeg belyse informantenes ulike erfaringer. Jeg valgte semistrukturelle individuelle intervjuer da jeg mente det ville være lettere å snakke om temaer som kunne være vanskelige alene istedenfor i et fokusgruppeintervju. Gjennom denne fremgangsmetoden kunne jeg få ny innsikt i hvordan helsepersonellet erfarer tilrettelegging i hverdagen. Gjennom åpne spørsmål og oppfølgingsspørsmål hadde jeg som mål at informantene skulle gi meg sine beskrivelser, erfaringer, perspektiver og tanker slik Kvale (2015, s. 46) beskriver. Semistrukturelle intervjuer har som mål å være åpne for å følge temaer som dukker opp som kan gi ny kunnskap. Jeg utviklet en intervjuguide for å gi en retning og åpne spørsmål for å sette intervjuet i gang, men det må også stilles også oppfølgingsspørsmål til informanten for å komme dypere ned i tematikken (Leseth & Tellmann, 2018, s. 71). Intervjueren må forstå hvilke tema som må utdypes og forfølges videre for å få ny kunnskap underveis i intervjuet kunnskap (Kvale et al., 2015, s. 166). Jeg håpte at som uerfaren intervjuer ville åpningsspørsmålene danne en trygg ramme

rundt intervjuet og oppfølgingsspørsmålene gi mer utdypende kunnskap. Når et tema var diskutert kunne neste spørsmål starte en ny beskrivelse av informantens erfaring. Det er avgjørende at intervjueren klarer å skape en stemning og miljø der informanten føler seg trygg og komfortabel med å besvare spørsmål som kan omhandle erfaringer som ikke nødvendigvis bare er positive (Malterud, 2017, s. 135). Gjennom å møte informantene på deres arbeidsplass antok jeg at det kunne gi dem en trygghet i det kjente rundt dem. Jeg sendte ut informasjon på forhånd for at informantene skulle kunne forberede seg på temaet, se vedlegg fire. Det videre arbeidet i en intervjustudie innebærer transkribering og analyse av materialet. Gjennom å ta i bruk en kjent metode som Systematisk Tekstkondensering var målet å kunne følge en metode som ble beskrevet grundig og trinnvis, som til slutt kunne gi ny kunnskap i erfaringen med tilrettelegging av pårørendearbeid. Denne metoden beskrives som en trinnvis metode som er anbefalt nybegynnere i analysefaget (Malterud, 2017, s. 97).

3.1.2 Litteratursøk

I denne studien ble USN sine databaser, eget abonnement hos Academica og Google Scholar benyttet. Snøballmetoden ble benyttet ved å lese relevante artiklers litteraturlister for å finne artikler av interesse. Begrensninger ble satt til siste 10-12 år, 2009-2022, men helst siste fem år, samt skandinaviske og engelskspråklige artikler. Vestlig orienterte studier er foretrukket. Det er i stor grad benyttet fagfelleverderte artikler. Databasene Idunn, Pubmed og Cinahl ga best funn. Jeg har også fått studier og rapporter fra interesserte fagfolk rundt meg og enkelte artikler hadde jeg fra litteratursøk i tidligere oppgaver om temaet. Termer i søkene har vært på norsk og engelsk: demens, sykehjem, skjermet enhet, samhandling, samarbeid, tverrprofesjonell, tverrfaglighet, samhandling pleier og pårørende, kompetanse, tillit, relasjoner, interaksjoner, pårørende, rutiner, forbedringstavler, ledelse i ulike kombinasjoner. Se vedlegg 6 for søkelogg.

3.2 Vitenskapelig teoretisk forankring

3.2.1 Fenomenologi og hermeneutikk

Edmund Husserl regnes som fenomenologiens grunnlegger. Teorien er videreutviklet av teoretikere til ulike retninger. Innen kvalitativ forskning dreier begrepet seg om å forstå fenomener utfra erfaringene til deltagerne og hvordan de oppfatter verden (Kvale et al., 2015, s. 45; Malterud, 2017, s. 28). Fenomenologien går ut i fra den subjektive oppfattelsen for å finne meninger i erfaringer og

fenomener (Thagaard, 2018, s. 36). Ved å studere helsepersonellens erfaringer med tilrettelegging av samhandling med pårørende brukes fenomenologien til å forstå fenomenet tilrettelegging på skjermet enhet, uti fra helsepersonellens erfaringer. Fenomenologi har flere begreper som sammen utgjør fenomenologien. *Livsverden* er den umiddelbare opplevelsen vi møter i hverdagsopplevelser. Intervjuet i en intervjustudie skal brukes for å finne *mening* i opplevelsene i livsverdenen. Videre må fenomenologien bringe frem *kvalitativ* god kunnskap som kan gi oss ny kunnskap om fenomenet som studeres. Dette gjøres gjennom å innhente *beskrivelser* fra informantene om spesielle hendelser. Som intervjuer krever dette at vi stiller oss klare for å lære noe nytt om fenomenene. Intervjuet må bli forsiktig styrt slik at interessante temaer dekkes ved hjelp av åpne spørsmål. Intervjueren må også være klar for å møte flertydighet, forandring i mening hos informant. *Sensitivitet* og *mellommenneskelige* interaksjoner vektlegges også. Det må skapes en *positiv opplevelse* for informant og intervjuer (Kvale et al., 2015, s. 46-50). Innen fenomenologien anses det at forforståelsen endres i takt med kunnskapsutviklingen i forskningen. Gadamer utviklet hermeneutikken og hans bidrag om forskerens forforståelse er viktig i fenomenologien. Forforståelsen inneholder erfaring, holdninger og forhåndskunnskap om temaet som skal undersøkes som kan påvirke forskningen (Thoresen et al., 2020, s. 76).

Hermeneutikk handler om å fortolke det vi observerer for å se på det bakenforliggende meningsinnholdet (Thagaard, 2018, s. 37, 38). Hermeneutisk forskning baserer seg i stor grad på tekst som datamaterialet. Gjennom fortolkningsprosessen i den hermeneutiske sirkelen undersøkes datamaterialet i en spiral eller sirkel som gir en stadig dypere forståelse og meningstolking av teksten. Målet er at gjennom en slik stadig dypere forståelse oppstår en slags endelig kunnskap som trer frem gjennom en fordypelse i det teksten forteller om mening, fortolking av delelementer og konteksten teksten omhandler. En tekst må ses på i den helheten den er en del av samtidig som at det fordype seg materialet kan danne ny forståelse og mening (Kvale et al., 2015, s. 237). I intervjuene blir det fokusert på de erfaringer informantene har. Intervjuet i seg selv er en samtale, som tar utgangspunkt i livsverdenen til informantene. Kunnskap og forståelse i førstepersonsperspektivet deles mellom deltagerne i samhandlingen og søker å finne ny mening, uten å tillegge mening som ikke er der (Thoresen et al., 2020, s. 26).

3.2.2 Egen forforståelse

Forskning starter ofte med en interesse og motivasjon for et tema. Kunnskap om et tema får forskeren til å stille spørsmål. Forforståelsen hjelper oss til å avgjøre hva vi vil forske på og forstå

det vi studere, men det kan også påvirke forskningen negativt, blant annet vil erfaring fra fagfeltet gi oss en lyst til å undersøke et fenomen nærmere, men kan også begrense forskeren ved å ikke være åpen nok om ny kunnskap om temaet (Malterud, 2017, s. 44). Min forforståelse kommer fra mine 20 år som sykepleier. I ti år har jeg jobbet på et sykehjem med skjermet og forsterket skjermede enheter. Jeg har jobbet mye med pårørende gjennom hele pasientoppholdet på enheten. Etter min erfaring kan organisering og tilrettelegging på arbeidsplassen påvirke mitt pårørendearbeid. Jeg hadde en forforståelse av behovet for mer kunnskap og fokus på temaet og erfaring med ulike rutiner for pårørendekontakt. Jeg ønsker å forbedre tjenestene vi gir pårørende og de ansattes muligheter til å yte god pårørendeomsorg. Alt dette tar jeg med meg inn som en del av min forforståelse. Mine forkunnskaper skal ikke farge intervjuene og analysen av datamaterialet. Jeg forsøkte å stille oppfølgingsspørsmål der jeg egentlig hadde kunnskap om temaet, men ønsket at informantene fortalte sine erfaringer.

3.3 Datainnsamling

3.3.1 Rekruttering

Rekruttering ble gjort ved identifisering av kommuner som hadde fått utmerkelser for godt pårørendearbeid via en pårørendeorganisasjon. Jeg tok kontakt med tre kommuner i første rekrutteringsrunde. Gjennom kommunenes servicetelefon kontaktet jeg øverste leder i helse- og omsorgstjenesten. E-post med utfyllende informasjon om prosjektet og mine ønsker om kontakt med skjermede enheter og finne informanter ble sendt lederen. Slik sett er utvalget et strategisk utvalg ved at jeg valgte hvilke kommuner som ble forespurt. Det er tilfeldig hvilke informanter jeg fikk tak i fra sykehjemmene. Jeg ba hvert sykehjem stille med maks tre deltagere for sikre at jeg ikke fikk opphopning av informanter fra et sykehjem, men mer bredde i utvalget. Tilgjengelighet som del av rekrutteringen ble nødvendig på grunn av sykdom og pandemi (Thagaard, 2018, s. 54). I kommune en gikk det tre dager før jeg fikk positivt svar fra avdelingsledere, med tre informanter umiddelbart. I kommune to fikk jeg kontakt med en seksjonsleder som var positiv, men ikke noe mer konkret før et nytt svar flere måneder senere, men da med tre informanter tilgjengelig. En tredje kommunes seksjonsleder ønsket deltagelse, men avdelingsleder avsto på grunn av pandemien.

Thagaard (2018 s. 65) diskuterer metningspunkt i intervjustudier. Jeg ønsket et par informanter til og kontaktet ledere i andre kommuner. Ingen flere ledere besvarte henvendelsene eller hadde tid til

prosjektet under pandemien. Etter kontakt med til sammen syv kommuner kom prosjektet til et punkt der det ikke var tid til å finne flere informanter og heller konsentrere seg om det materialet jeg hadde fått. Det var som Thagaard (2018, s. 62, 65, 71) beskriver ikke adgang til flere informanter, portvaktene var avdelingslederne som enten slapp meg til eller satte grenser for hva som var mulig.

Inklusjonskriteriene var:

- Helsepersonell med fagutdanning med minst to års arbeidserfaring med personer med demens
- Helsepersonell som har kontakt med pårørende til personer med demens som bor på skjermet enhet på sykehjem, med langtidsplass
- Helsepersonell med stilling over 50 %
- Helsepersonell må kunne snakke godt norsk

3.3.2 Utvalg

Informantene kom fra to bykommuner i Sørøst Norge. Kommune en bidro med to sykehjem og et sykehjem deltok fra kommune to. Sykehjemmene rekrutterte 2-3 informanter hver. Alle sykehjemmene hadde ca. 80-100 pasienter og var sykehjem spesialisert på demens med både skjermet og forsterket enhet. Alle ansatte jobbet på skjermede enheter med åtte pasienter og to ansatte på dag og kveld. Utvalget bestod av tre sykepleiere og fire helsefagarbeidere. To hadde ikke-norsk bakgrunn, men med lang botid i Norge, fem var norske. Tre var over 50 år, to var 30-40 år, to var 25-30 år. Alle hadde lang erfaring i yrket, med minst 3-5 år på den aktuelle arbeidsplassen. Fem av de ansatte hadde ekstra verv eller fagansvar på arbeidsplassen som en del av stillingen. Noen hadde videreutdanninger i tillegg til grunnutdanningen. En hadde jobbet natt tidligere og en sykepleier hadde først utdannet seg til helsefagarbeider. Informantenes ID-nummer er brukt i sitatene i resultatkapittelet. Planen var å få med vernepleiere, men det ble ikke mulig å rekruttere noen. Deltagerne jobbet på skjermet enhet i mer enn 50 % stilling og hadde pårørendekontakt som følge av primærkontaktsystemet.

3.3.3 Intervjuguide

Intervjuguiden til et semistrukturert intervju er utarbeidet med tanke på forskningsspørsmålene og problemstillingen, se vedlegg 5. Spørsmålene var åpne og krevde andre svar fra informanten enn ja eller nei (Leseth & Tellmann, 2018, s. 72). Kvale & Brinkmann (2015, s. 166) viser åtte eksempler på ulike teknikker som kan benyttes i ulike deler av intervjuet fra starten på intervjuet med et åpent introduksjonsspørsmål via oppfølgingsspørsmål. Deretter spørsmål som går mer i dybden samt både bruken av taushet underveis og mer fortolkende spørsmål. Intervjuguiden ble utviklet i samarbeid med veileder. Etter hver av de tre første intervjuene ble starten av intervjuguiden endret etter økt erfaring i å intervjuer. Det ble tydelig at informantene snakket om inntakstprosedyrene uansett oppstartsspørsmål, resten av intervjuet fløt bedre om dette ble tematisert tidlig i intervjuet. Jeg ble også mer bevisst på bruken av taushet, oppfølgingsspørsmål samt spesifiserende og fortolkende spørsmål etter hvert som jeg fikk mer erfaring. Slike spørsmål ble lagt til underveis i intervjuguiden.

3.3.4 Gjennomføring av intervjuer

Avdelingslederne rekrutterte informanter og var bindeledd frem til intervjuene. Ingen av informantene hadde lest det utsendte informasjonsskrivet på forhånd. Intervjuene ble innledet med å gjennomgå skrevet og samtykkeskjema. Deretter fikk informantene presentere seg selv og fortelle litt om sykehjemmet og deres arbeidsplass. Så fulgte vi intervjuguiden, og fulgte opp temaer informantene beskrev. Intervjuguiden dannet en ramme for temaene og vi brukte omtrent 45-50 minutter frem til det siste spørsmålet. Av og til hoppet samtalen litt frem og tilbake. Å overse pandemiens utfordringer med pårørende ble ikke mulig. Selv om dette ikke skulle være noe hovedfokus fikk informantene snakke litt om dette også. Jeg gjorde noen endringer i rekkefølgen av spørsmål i intervjuguiden underveis for å bedre flyt i intervjuet. Det ble brukt en opptaker som stoppet etter 45 minutter og som da måtte settes i gang igjen. Jeg forsøkte å finne et passende tidspunkt for å starte nytt opptak i løpet av de siste tre minuttene. Forstyrrelsen avbrøt tankerekken til informanten noen ganger, men vi kom raskt tilbake til tema. Enkelte informanter hadde flere eksempler enn andre, men alle var engasjerte i tematikken. Flere av intervjuene ble avbrutt av telefoner eller kollegaer som måtte hente noe i rommet. Jeg opplevde likevel at vi holdt fokus på intervjuet. På to steder hadde jeg to intervjuer på en dag med en time refleksjon imellom. Etter de andre intervjuene satt jeg på cafe og gjorde refleksjonen. Loggen inneholder mine notater om hvordan intervjuet forløp, spesielle ting ved nonverbal kommunikasjon som lydopptak ikke ville fange opp og hvilke forstyrrende elementer som hadde dukket opp.

3.4 Transkripsjon

Transkripsjon ble gjort i Nvivo. Syv intervjuer ble til 117 sider transkribert materiale.

Transkribering overfører resultatene fra muntlig til skriftlig med de utfordringer det kan ha, samtidig som det systematiserer materialet i en strukturert form som er lettere å analysere (Kvale et al., 2015, s. 206). Transkripsjonen fulgte informantenes uttalelser tett slik Malterud beskriver at informantenes erfaringer skal gjengis, tett opp til det som er uttrykt. Som ny i intervjuet erfarte jeg at jeg sier «ja» og «mm» som er ment for å få informanten til å føle at samtalen glir og at det de forteller har en betydning. Jeg har i transkripsjonen utelatt dette der det ikke har noe å si for innholdet, som Malterud (2017, s. 77-78) beskriver kan en helt tro gjengivelse være uoversiktlig og ikke egentlig en fullgod versjon av det som er sagt og ment. Jeg la inn sukk og lange pauser i parentes. Jeg mener at min transkripsjon har en god relabilitet, der informantenes utsagn er bevart mest mulig identisk med det som er sagt. Dette gir også det transkriberte materialet god validitet. Det etiske aspektet ble tatt vare på i transkripsjonen ved at jeg jobbet på sikret nett. I versjonen som er overført fra sikret nett til egen PC er elementer som kunne identifisere informanter utelatt, for eksempel hvilke sykehjem de tilhører eller tilleggsverv. Opptakene ble slettet automatisk etter 90 dager.

3.5 Dataanalyse

En analyse av kvalitative studiers datamaterialet må være strukturert, systematisk og dokumentert for å få et vitenskapelig særpreg og kvalitet (Leseth & Tellmann, 2018, s. 122). Jeg valgte å følge systematisk tekstkondensering i analyseprosessen og brukte Malterud sin beskrivelse underveis. Jeg utviklet et Excel-dokument for å dokumentere hele prosessen. Analysen hadde fire hovedsteg. Dannelse av helhetsinntrykk, identifikasjon av meningsbærende elementer, uttrekk av innhold i de meningsbærende elementene og til slutt en oppsummering av resultater. Hver av de fire stegene inneholdt mindre deler underveis (Malterud, 2017, s. 98).

3.5.1 Helhetsinntrykk

Målet med denne delen av analysen er å bli kjent med materialet. Alle de transkriberte intervjuene leses og i denne delen er forskeren opptatt av helheten, ikke de små detaljene. Målet er å finne foreløpige temaer som kan følges videre. Resultatene i dette overblikket gir opptil åtte temaer som

utpeker seg i gjennomlesingen. Aller helst er disse temaene i samme sjangre som intervjuguidens spørsmål. Forforståelsen vår må legges til side slik at den ikke forstyrrer analysen (Malterud, 2017, s. 99-100).

Tabell 3.5.1 Helhetsinntrykk

| Spørsmål fra intervjuguiden | Temaer som ble nevnt | Førsteintrykk av tema |
|---|--|---|
| Har dere erfaringer med noen gode metoder for opplæring og rutiner som styrker det gode pårønderarbeidet på enheten | Primær/sekundær Årskontroll Månedlige samtaler Innkomstsamtale Tavler Refleksjonsmodeller | Forskjellige rutiner for samhandling og organiseringer. Rutiner styrker pårønderarbeidet |

3.5.2 Meningsbærende enhet

I denne delen av analysen fokuseres det på det som anses som sentral del av materialet; alt annet legges til side. Det kan være bra å være flere om analysen. Målet er å finne 3-5 kodegrupper. Dette gjøres ved å leses de transkriberte intervjuene og trekke ut meningsbærende enheter. Sitater og tekst som hentes ut kan gi kunnskap om det foregående steget med førsteinntrykket. Malterud (2017, s. 100-105) anbefaler å dra ut meste mulig. Deretter sorteres materialet til kodegrupper, som er en systematisering av de meningsbærende elementene og temaene fra førsteinntrykket.

Førsteintrykket fra resultatet brukes og bearbeides etter hvert som forskeren fordyper seg i materialet og får økende innsikt. Noen temaer flyttes og enkelte droppes underveis i prosessen må det også ses på det som er gjort før og om må endres.

Tabell 3.5.2 Meningsbærende enhet

| Temaer som ble nevnt | Førsteintrykk av Tema | Meningsbærende elementer |
|---|--|--|
| Primær/sekundær Årskontroll Månedlige samtaler Kontakt ved behov Innkomstsamtale Tavler Refleksjonsmodeller | Forskjellige rutiner for samhandling og organiseringer. Rutiner styrker pårørendearbeidet | «Månedlig samtale gjør at primær og sekundærkontakter er mer synlig overfor pårørende. Pårørende vet hvem de har å forholde seg til. Månedlig samtale hjelper med å opprettholde dialogen» «Informasjon må gis fortløpende ved endringer, dialog» |

3.5.3 Kondensering

I denne delen av analysen er målet å undersøke de meningsbærende elementene nærmere. Dette gjøres ved identifikasjon og koding. Det ses på kodegruppene som ble funnet tidligere og undersøker om alt er plassert på riktig plass og om innholdet passer sammen. Store kodegrupper kan vurderes å deles opp. Det fokuseres på en kodegruppe av gangen for å finne ut hva denne gruppen består av og dette resulterer i 3-5 subgrupper. Subgruppene bearbeides videre til et kondensat, et sitat som inneholder det som skal tas med videre i analysen. Dette kunstige sitatet skal ligne på et vanlig sitat og inneholde alt som er sentralt fra de meningsbærende enhetene og subgruppene samt oppsummerer det deltagerne har sagt, mest mulig likt det som er blitt sagt. Til slutt hentes det ut et gullsitat som er et sitat som illustrerer helheten (Malterud, 2017, s. 105-108).

Tabell 3.5.3 Kondensering

| Meningsbærende elementer | Kode | Subgruppe | Kondensat |
|--|--|--|--|
| <p>«Månedlig samtale gjør at primær og sekundærkontakter er mer synlig overfor pårørende. Pårørende vet hvem de har å forholde seg til. Månedlig samtale hjelper med å opprettholde dialogen»</p> <p>«Informasjon må gis når det er endringer fortløpende, dialog»</p> <p>«legen er med på innkomst slik at pårørende vet hvem det er og at legen kan ta kontakt ved behov.»</p> | Systematisk samarbeid som rutine fremmer samhandling | Prosedyrer og rutiner for når pårørende skal kontaktes | Det er viktig med gode rutiner for at primærkontakt har jevnlig dialog med den nærmeste pårørende. Det kan være månedlig, halvårlig eller årlige samtaler. Samt at det er tett kontakt dersom det oppstår endringer i allmenntilstand. Lege, leder, sykepleier må også delta i denne dialogen. Primærkontakt har behov for støtte fra kollegaer og avdelingsleder i dette arbeidet. Det må legges opp til undervisning, refleksjon og veiledning i hvordan drifte pårørendeomsorg. |

3.5.4 Syntese

Fra å ha jobbet med materialets minste deler og sitater skal analysen resultere i et helt produkt, trinn fire i prosessen. Oppsummeringen må stemme overens med det som faktisk er sagt og beskrevet av informantene.

Kondensatet fra forrige steg benyttes til å lage en analytisk tekst som oppsummerer subgrupper og dens kodegruppe. Gullsitatene videreføres som eksempler fra materialet. Oppsummeringen henter beskrivelser fra de tidligere stegene for å sikre at resultatet omhandler innhentet materialet. Hver analytisk tekst må få en overskrift som beskriver innholdet i teksten. Malterud (2017, s. 108-111) foreslår å lese gjennom datamaterialet for å sikre at alt kan tilbakeføres til den opprinnelige teksten. Videre sjekkes det hvordan de enkelte informantene er brukt i sluttresultatet.

Tabell 3.5.4 Informantinformasjon syntese

| Kode og subgrupper | Hovedoverskrift og subgruppeoverskrift | Analytisk tekst | Informanter brukt |
|--|---|--|-------------------|
| <p>Samarbeid som rutine fremmer samhandling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prosedyrer og rutiner for når pårørende skal kontaktes • støtte fra avdelingsleder og kollegagruppen • Kunnskap og øvelse er viktig | <p>Arbeid med samarbeid, rutiner, opplæring og planer for samhandling i drift fremmer muligheten for god samhandling mellom helsepersonell og pårørende</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prosedyrer og rutiner for når pårørende skal kontaktes. • støtte fra avdelingsleder og kollegagruppen • Kunnskap og øvelse er viktig | <p>Prosedyrer og rutiner for når pårørende skal kontaktes.</p> <p>Informantene fortalte at prosedyrer og rutiner for pårørendearbeid var viktig for å holde fokus på at pårørendesamtaler ble gjennomført jevnlig. Sykehjemmene hadde rutiner med primær/sekundærpleiere, lege hadde årskontroll der pårørende fikk oppdatering om helsetilstand gjennom hele oppholdet</p> | 1,2,3,4,5,6,7 |

3.5.5 Resultatbearbeiding

Malterud (2017, s. 119-120) beskriver til slutt hvordan analysens resultater bearbeides til en resultatdel. Analysen bearbeides til resultater som kan presenteres i kategorier og tydelige mønstre. Overskriftene skal henvise til hva man faktisk fant i studien, ikke hva utgangspunktet var, samtidig som innholdet skal beholde linjene tilbake til analysen og datamaterialet. Resultatdelen skal oppsummere viktige funn.

I denne delen av analysen ble det sett på hvilke deler som i datamaterialet fra informantene som ga mest data. Jeg måtte til slutt velge mellom to ulike deler av materialet. Jeg gjennomgikk hele datamaterialet og valgte bort informantenes erfaringer knyttet til den direkte pårørendekontakten på grunn av at dette materialet var sparsomt. Hverken spørsmål om pårørendes tilknytning til pasienten eller forsøket med å frem et rikt materiale med eksempler samhandling lyktes godt nok. Enten

virket det som vanskelig å huske eksempler eller så snakket de om andre temaer selv på gjentatte eller omformulerte spørsmål. Dermed måtte jeg skifte problemstilling og et forskningsspørsmål mot slutten av analysen. Malterud anbefaler 3-5 hovedkodegrupper (Malterud, 2017, s. 101). Jeg har endt opp med to hovedgrupper med undergrupper. Disse besvarer problemstillingen om hvordan helsepersonell erfarer at tilrettelegging av pårønderarbeid bidrar til samhandling med pårørende. Den ene undergruppen besvarer også forskningsspørsmålet om hvilken støtte helsepersonellet har behov for i fra avdelingsleder og kollegaer i pårørendesamarbeidet.

Tabell 3.5.5 Resultatbearbeiding

| Hovedkodegruppe | Undergruppe |
|---|---|
| Tilrettelegginger som fremmer samhandling med pårørende | Rutiner og prosedyrer |
| | Kompetansehevende tiltak |
| | Støtte fra leder og kollegaer |
| Barrierer for samhandling | Tid og ressurser |
| | Gapet mellom pårørendes ønsker og ansattes tid og ressurser |

3.6 Metodekritikk av egen studie

3.6.1 Reliabilitet

Reliabilitetsbegrepet inneholder spørsmål om resultatenes konsistens, pålitelighet, og troverdighet. Det kan være spørsmål om resultatene fra denne studien ville kunnet kommet i lignende studier senere. I kvalitative studier fokuseres det også på forskerens rolle i utviklingen av studien og produksjon av datamaterialet. Refleksivitet og transparens må vurderes nøye (Kvale et al., 2015, s. 276; Leseth & Tellmann, 2018, s. 16).

Denne forskningen har vært gradvis mer og mer utadrettet og transparent. Det første utkastet til denne studien ble skrevet i et metodefag og videreutviklet til prosjektbeskrivelsen.

Prosjektbeskrivelsen er brukt som grunnlag for søknad hos Norsk senter for forskningsdata (NSD), se vedlegg to og tre. Informasjonsskrivet som ble utarbeidet inngår også i åpenheten om prosjektet. Jeg har deltatt i studiets seminarer og delt prosessen med medstudenter, veileder og lærere. Etter fullføring av mastergraden er planen å bruke resultatene i opplæring av helsepersonell. Metodiske utfordringer underveis har for det meste bestått i å få nok informanter. Jeg planla åtte intervjuer. På grunn av pandemi og tidsbegrensninger ble det syv informanter i seks intervjuer. Ved spørsmål om generaliserbarhet i intervjustudien vurderes det om funn i denne studien kan overføres til andre lignende situasjoner og om de er relevante (Kvale et al., 2015, s. 290).

Studiens premisser er gjort rede for og kan derfor gjøres på nytt i lignende kontekst. Mange hovedfunn er tematisert i flere av intervjuene. Dette kan styrke muligheten for at det ikke er bare en i utvalget som har ment noe, men at det kan gjenfinnes om undersøkelsen gjentas. Funnene ser også ut til ha relevans med tanke på problemstillingen. Enkelte av funnene viser også at det er ulike oppfatninger i utvalgets erfaringer og oppfatninger. På denne måten viser det at det ikke er bare et svar og da vil muligheten til å få lignende svar være større. For eksempel er det enkelte av informantene som tenker at personlighet og væremåte er det avgjørende for å kunne gi pårørende den omsorgen de har behov for, mens andre informanter vektlegger erfaring, øvelse og kunnskap. Problemstillingen retter søkelys på erfaringene helsepersonellet har for at det legges til rette for samhandling med pårørende. Analysen viser at problemstilling og forskningsspørsmål belyses og besvares i det informantene beskriver av erfaringer med pårørendekontakt, kollegasamarbeid, ulike måter å få kompetanse og støtte fra system og avdelingsleder.

3.6.2 Validitet og overførbarhet

Med validitet prøver man å finne gyldigheten og eventuelle feilkilder i funnene (Kvale et al., 2015, s. 279; Malterud, 2017, s. 23-25). Videre vurderes hva resultatene faktisk sier noe om, og om de besvarer det studien hadde som hensikt (Leseth & Tellmann, 2018, s. 17). Overførbarhet er et spørsmål om studiens resultater kan gjelde andre steder (Thagaard, 2018, s. 19).

Jeg intervjuet helsepersonell på skjermede enheter ved tre sykehjem. Alle sykehjemmene hadde to ansatte på åtte pasienter på skjermet enhet, noe som er vanlig bemanning på mange sykehjem. Utvalget bestod av helsefagarbeidere og sykepleiere som hadde alle hadde jobbet i yrket over ti år

og minst tre år eller mer på sin nåværende arbeidsplass. Det er et lite utvalg, resultatene kan derfor si noe om erfaringer fra helsepersonell på disse skjermede enheter, men forhåpentligvis også noe som generaliseres til andre sykehjem. De fleste pasienter på sykehjem har noe kognitiv svikt grunnet aldersforandringer selv om de ikke har diagnosen demens. Pårørendes behov og ansattes tilretteleggingsbehov vil være tilstede andre steder også. Å planlegge og tilrettelegge for pårørendeomsorgen kan være like avgjørende på andre enheter uansett om pasientgruppen har en annen diagnose. Pårørende har sannsynligvis mye av de samme behovene uansett hoveddiagnose hos pasienten, selv om resultatene ikke nødvendigvis er direkte overførbare til alle vanlige sykehjem eller andre skjermede enheter på grunn av det begrensede utvalget. Overførbarheten og generaliserbarheten vurderer jeg likevel som relativt god for resultatene som presenteres i studien. Studien endret fokus og problemstilling underveis fordi endel av funnene var sparsomme mens andre områder ble belyst bedre. Den endelige problemstillingen hadde som hensikt å se på helsepersonells erfaringer med tilrettelegging av pårørendeomsorg og resultatene belyser dette.

Kommunene som er med i studien har blitt trukket frem som spesielt gode pårørendekommuner og de har frivillig valgt å delta. Selv om det ikke nødvendigvis var de sykehjemmene som var utslagsgivende for utmerkelsene i kommunen kan det ha påvirket resultatene ved at det i disse kommunene har vært større fokus på pårørendearbeidet. Jeg forsøkte å få med kommuner som kunne være i andre deler av skalaen for kvalitet på pårørendeomsorg, men fikk ikke respons på mine kontaktforsøk. Innenfor de deltagende kommunene kunne jeg ane forskjeller i rutinene for pårørendekontakten. Dette viser at jeg har fått med meg noen forskjeller i hvordan det legges til rette for pårørendeomsorg.

3.6.3 Etske vurderinger av studien

Som hovedgrunnlag for det etiske aspektet i undersøkelsen er forhåndsgodkjennelsen fra NSD og USN. Prosjektbeskrivelsens etiske plan ble fulgt, det ble innhentet informert samtykke og dataene ble behandlet etter retningslinjene. Informantene er anonymisert. Med kun syv deltagere og to yrkesgrupper, tre ulike sykehjem i to ulike kommuner må anonymisering sikres. Jeg har i resultatpresentasjonen ikke referert identitetsmarkører som tilhørighet til kommune og sykehjem, alder, kjønn, nøyaktig yrkeserfaring, nasjonalitet, ekstra verv eller videreutdanninger. Jeg har fjernet enkelte gjenkjennbare detaljer og konkrete eksempler om ansatte, ledere eller pårørende i sitater. Både for å sikre anonymisering og vise respekt for de som omtales. Jeg har gitt informantene nummer fra en til syv som identifikasjon. Språket ble endret der dialekt eller norsk

som fremmedspråk kunne benyttes til identifikasjon. Dette anonymiserer informantene i stor grad, men endringene er ikke så store at de endrer analysen, slik Kvale & Brinkmann (2015, s. 300) diskuterer.

Jeg har forsket på eget arbeidsfelt, men har bevisst valgt å ikke forske på egen kommune. Dette for å sikre at bånd mellom meg og informant var nøytrale og ikke påvirket intervjuet. Feltkunnskapen ligger i bunn som årsak til tema og problemstilling for studien, men jeg har forsøkt å ikke være feltblind. Malterud (2017, s. 155) beskriver feltblindhet som at forskeren leter etter resultater som bekrefter forforståelsen. Jeg hadde en mening om at det å snakke om gode og dårlige eksempler på samhandling med pårørende ville være enkelt for helsepersonellet. Dette viste seg å ikke stemme. Jeg måtte jobbe underveis i intervjuene for å få bedre svar og innganger til temaet. Jeg har forsøkt gjennom en grundig utarbeidet prosjektplan og intervjuguide via systematisk tekstkondensering å se på dataene med minst mulig av min forforståelse. Informantene hadde kontaktinformasjon til meg dersom det oppstod behov for å snakke om opplevelsen av å delta i etterkant. Ingen tok kontakt. Notater og mailkontakt og med avdelingslederne blir slettet ved prosjektslutt.

3.6.4 Metodekritikk

I denne studien planla jeg å ha med vernepleiere, sykepleiere og helsefagarbeidere i åtte individuelle intervjuer. Jeg fikk ikke rekruttert menn eller vernepleiere. Dette kunne gi andre perspektiver og erfaringer. Jeg har rekruttert fra kommuner som på forhånd er utpekt som gode pårørendekommuner og mottakere av en pårørendepris av en pårørendeorganisasjon. Jeg forsøkte å rekruttere fra andre kommuner, men disse svarte ikke på henvendelser. Om det er tilfeldig eller om de ikke så nødvendigheten av temaet er ukjent. Kanskje kunne resultatene blitt annerledes? Det ene intervjuet ble et gruppeintervju, ikke individuelt, fordi det dukket opp to samtidig og jeg valgte å intervju dem sammen. Det kan ha påvirket både meg og informantene siden jeg ikke hadde forberedt dette. Som uerfaren intervjuer erfarte jeg mye intervjuteknikk og samtaleflyt i de første intervjuene. Dette kan selvsagt ha påvirket kvaliteten på de første intervjuene. Jeg valgte å gjøre individuelle intervjuer. Jeg vurderte på forhånd at det å dele utfordrende og vanskelige erfaringer ville være tryggere i en-til-en intervjuer. Det ene gruppeintervjuet fikk frem flere eksempler der de to ansatte diskuterte og fortalte sammen, og belyste temaet mer enn flere av de andre informantene. Dersom jeg hadde gjort fokusgruppeintervjuer kan det hende at funnene hadde blitt bedre.

Ved å la avdelingsleder ha kontakten med informantene frem til intervju mistet jeg noe av muligheten til å forberede informantene og følge opp de som falt fra på grunn av akutt sykdom.

Videre hadde ingen av informantene lest informasjonsskrivet avdelingslederen hadde fått tilsendt på forhånd. Intervjuet startet derfor med gjennomlesing av informasjonsskrivet og innhenting av informert samtykke. Dette kunne medført at informanter trakk seg ved start. Heldigvis gjorde ingen det. Andelen ikke etnisk-norske medarbeidere på sykehjem er stor. Jeg har i mitt utvalg omvendt representasjon; to ikke etnisk-norske og fem norske. Jeg har en blandet representasjon, men om jeg hadde fått andre svar ved å ha flere ikke-norske deltagere kan man reflektere over i etterkant.

De fleste intervjuene gikk greit, og det kom eksempler og erfaringer både ved at jeg stilte åpne startspørsmål og ba om utdypinger av det de fortalte. Jeg måtte jobbe med meg selv for å legge inn tid og akseptere stillhet for informanter til å tenke på spørsmålene og ikke avbryte dem i beskrivelser.

Ett intervju gikk tyngre enn de andre. Jeg lurte underveis på om det var meg eller informanten eller en kombinasjon. Svarene var kortere og for å forsøke å finne andre vinkler som kunne belyse tema slik at informanten kunne komme med eksempler, måtte jeg stille spørsmål på en annen måte som endte med mer lukkede spørsmål. Dette var en erfaring å ta med seg som uerfaren intervjuer.

Videre merket jeg at jeg måtte jobbe aktivt under intervjuene med å ikke spore av på temaer jeg selv kunne like å høre mer om, men som ikke hørte med i denne studien, som erfaringer med velferdsteknologi.

Jeg møtte min egen forforståelse i intervjuene ved at endel av det jeg hadde tenkt at skulle være enkelt å få besvart ikke var så enkelt. Jeg ønsket å belyse om ansatte merket forskjell mellom ulike pårørenderoller som ektefelle og voksne barn. Det virket ikke som informantene forstod spørsmålet, de så ingen forskjeller og jeg valgte å ikke ta dette med videre. Kanskje stilte jeg spørsmålet feil eller så var det slik at de ikke så noen store forskjeller. Jeg hadde ingen erfaring med tavlebruk, dette gjorde at når dette temaet kom opp i intervjuene manglet jeg forkunnskap til å stille gode åpne spørsmål for å få dekket dette emnet godt nok. Min forforståelse i form av egen erfaring til temaet tilsa at det å spørre ansatte om erfaringer med samhandling med pårørende ville gi mange eksempler. Dette var et tema tett opp mot den opprinnelige problemstillingen. Jeg erfarte at informantene synes det var vanskelig å beskrive eksempler på god og dårlig samhandling. Dette overrasket meg, og det ble litt vanskelig å finne gode spørsmål som ga godt datagrunnlag under intervjuene. Det var lettere å snakke om alt det som påvirket til at de kunne gjøre pårørendesorgen. Det førte til slutt til at jeg endret problemstilling etter analysen.

Forskningsspørsmålene ble revurdert og noe endret etter innspill fra informanter underveis. Det første forskningsspørsmålet ble delt i to spørsmål, hva som fremmer samhandling og hva som

hemmet samhandling og det siste ble omformulert til å omhandle erfaring med støtte fra leder og kollegaer når dialog og samhandling med pårørende opplevdes som vanskelig.

Dersom jeg hadde planlagt studien med problemstillingen som jeg endte opp med hadde jeg sannsynligvis stilt flere spørsmål knyttet til kompetanseheving, tavlebruk, utarbeiding av prosedyrene og økonomiske aspekter rundt tilretteleggingen. I tillegg ville jeg forsøkt å få med avdelingsledere og fagsykepleiere i utvalget.

4 Resultater

I denne oppgaven er problemstillingen hvordan helsepersonell erfarer at tilrettelegging av pårørendearbeid bidrar til samhandling med pårørende på skjermet enhet.

Resultatene viser at organisering av pårørendearbeidet og forhold rundt ansatte påvirker pårørendearbeidet. Faste rutiner som inntakssamtaler, rutinesamtaler og primærkontaktorganiseringen var avgjørende. Utover dette var det variasjoner i kontakten med pårørende og hvordan dette ble fulgt opp. Videre kunne tavlebruk være viktig for kontinuitet i pårørendearbeidet. Fokuset på pårørendekompetanse varierte på sykehjemmene. Støtte fra avdelingsleder og kollegaer var avgjørende for pårørendearbeid. Alle informantene trakk frem tid, ressurser og det å stå skvis mellom pårørendes ønsker for omsorg og ansattes muligheter til å oppfylle ønskene som utfordrende.

4.1 Tilrettelagt og planlagt pårørendearbeid

4.1.1 Prosedyrer og rutiner for pårørendesamarbeid

Informantene erfarte at prosedyrer og rutiner for pårørendearbeid var nødvendig for å holde fokus og jevnlig gjennomføring, hvis ikke kunne det skli ut og da kunne pårørendesamarbeidet blir dårligere. Inntakssamtalen var viktig for å bli kjent med pårørende og få kunnskap om pasienten. Alle informantene bekreftet at dette var en rutine som ble fulgt innen kort tid etter innflytting.

«Vi har inntaksrutiner, når vi får ny beboer så står det i inntaksrutinen at vi skal ha inntakssamtale etter to uker. Det opplever vi er litt tidlig. Både for beboer, pårørende og oss. Vi trenger noe mer tid vanligvis. For av og til får vi beboere som vi har veldig lite informasjon om og hvor vi må hente inn informasjon om fra lege, hjemmesykepleien og pårørende. Vi trenger å vite mer om beboer, og bli litt bedre kjent med beboer slik at vi vet hva vi har behov for å snakke enda mere om. Så tidligst 2 uker etter beboer har kommet til oss har vi en inntakssamtale. Men vi forteller ved inntak at vi kommer til å invitere nærmeste pårørende til en inntakssamtale. Og da forteller vi at legen ønsker å være med, teamkoordinator, og primær eller sekundær kontakt.»

(Informant 3)

Fra innkomst og til den siste palliative tiden hadde alle sykehjemmene rutiner med primær/sekundærpleiere, årskontroll av legen der pårørende fikk oppdatering om helsetilstand og jevnlig samtaler med lege, sykepleier eller primærene ved behov.

Det ble prioritert å ha god og hyppig kontakt med pårørende og dette ble avtalt med den enkelte pårørende. To av sykehjemmene hadde tavler der dette ble skrevet opp og som hjalp dem med å holde fokus og huske på å følge opp avtaler som var gjort med pårørende.

«Når du jobber med de samme så blir du godt kjent og du vet hva de ønsker, pårørende da. Og da kan vi skrive det på tavla at dattera ønsker at vi ringer hver fredag for eksempel. Da står det skrevet på tavla.»

(Informant 5)

Informantene kunne ikke presisere hva hyppig og ofte nok kontakt med pårørende var, det ble bare beskrevet som ved behov utenom pårørendes besøk og etter avtaler og legens årskontroll. En informant mente de av og til også gjennomførte en halvårsoppdatering, men dette var hun ikke helt sikker på, og det virket ikke som rutinen ble gjennomført.

«Oppdateringer i halvåret tror jeg. Vi prøver å holde ved det, men det er ikke så lett, vi er jo menneskelige, også sklir det litt ut og strammes det inn igjen.»

(Informant 5)

Utenom faste rutiner ved innkomst og årlig helsegjennomgang var alle informantene opptatt av at de hadde det som innarbeidet vane/rutine å informere pårørende når helsetilstanden endret seg. Dette kunne både helsefagarbeider og sykepleier gjøre. Informantene mente at en del av disse samtalene kunne helsefagarbeiderne gjennomføre hvis de følte seg trygge på pårørendekommunikasjon og temaet. Informantene fra sykehjem to var opptatt av at dette var et område helsefagarbeiderne måtte styrkes. Dersom de ble tilkalt for å snakke med pårørende ble det ofte bare en repetisjon av det helsefagarbeideren hadde sagt, riktignok av sykepleier, men det medførte at pårørende måtte vente og de selv fikk økt tidspress.

«Informasjon kan vi også gi på lik linje som de. Hvis det er noe som skjer så ringer vi på lik linje som sykepleier.»

(Informant 1)

Ansatte på sykehjem to fortalte at de i tillegg til det de andre sykehjemmene praktiserte av rutiner for pårørendeomsorg også hadde rutine på en oppfølgingssamtale etter innkomstsamtalen og månedlige samtaler med pårørende Dette var primærkontaktens ansvar i samarbeid med en sekundærkontakt som ofte var sykepleieren med ansvar for posten.

«Så har vi en oppfølgingssamtale, og der primær og sekundær som har ansvar for å følge opp. Utover det har vi også startet med noe vi kaller en månedlig samtale. Da får pårørende et tilbud når de komme til oss. Et tilbud at vi tar kontakt en gang i måneden, og det er primær eller sekundær som skal gjøre. De fleste sier ja og det er fint og da er det, tanken er at det skal styrke samholdet og kommunikasjonen med pårørende. Noen pårørende er her jo så ofte at det ikke er behov for det. Men likevel så ønsker vi å ha det litt skissert. Så det er tavler på avdelingene der det skal krysses av eller settes ny dato for samtale. Da er det lettere for blant annet for meg å minne på ansatte at det nærmer seg månedlig samtale eller nå skulle det vel ha vært en månedlig samtale. Vi har satt det i system for å kunne vite at vi har kontinuitet.»

(Informant 3)

Dette ga ansatte som nølte med å ta kontakt med pårørende et ekstra press på at dette måtte prioriteres. Informantene hadde erfart at det kunne gi de litt usikre og uerfarne ansatte den mengdetreningen med pårørendekontakt som de lærte mye av.

«Dette er jo en indirekte påminnelse til de som kvier seg til å ta telefonen. Ja du har ikke gjort det! Og så ser de at ja da må jeg og gjør det, det er noe med det og. Litt med det og. Og gjøre det synlig».

(Informant 4)

Erfaringen deres var at den månedlige samtalen gav en god dialog med pårørende og at det virket som pårørende hadde mer trygghet og kjennskap til hvem som var sin primærkontakt. Over tid ga dette god kontinuitet og de pårørende så at de ansatte hadde god fagkompetanse. Denne rutinen ble sett på som en stor forbedring i samarbeidet med pårørende samt for kompetanse- og erfaringsøkning hos ansatte. Den månedlige oppdateringen av pårørende resulterte i bedre relasjoner og tillit. Jo mer informasjon- jo bedre tillit hadde pårørende til de ansatte.

«Primær- og sekundærkontakter blir mer synlige overfor pårørende. Pårørende vet hvem de har å forholde seg til. Og den kontinuiteten er viktig, pårørende når de bare blir kjent med den primærkontakten som tar kontakt så ser de at her er det faglighet, og veldig mye engasjement.»
(Informant 3)

4.1.2 Støtte fra avdelingsleder og kollegaer

Ansatte hadde behov for støtte når kommunikasjon og samarbeid med pårørende ble vanskelig. Alle informantene kunne fortelle om tilfeller der pårørende hadde skjelt ut dem eller kollegaer, følt seg spionert på eller blitt trakassert. Som førsteledd var kollegaer i teamet rundt dem de første støttespillerne. Det var sjelden at primæransvaret ble omfordelt, men ofte kunne kollegaer hjelpe litt til i kommunikasjonen og samhandlingen.

«Støtte får jeg, jeg opplever at på min avdeling får jeg støtte fra kolleger og jeg får støtte fra avdelingsleder eller sjefen vår. Jeg føler vi er et godt team på vår avdeling.»
(Informant 1)

De fleste helsefagarbeiderne opplevde at dersom noe ble utfordrende ble dette overført til enten sykepleier eller direkte til avdelingsleder. Både fordi den ansatte ønsket det, men også fordi pårørende gikk videre med saker til neste nivå, som var sykepleier eller avdelingsleder. Her kunne oppgavedeling og ansvar i organisasjonen ses gjennom leddene i problemløsningen. Dette ble beskrevet av både helsefagarbeiderne og sykepleierne.

«Jeg tror pårørende noen ganger, hvis ting blir litt vanskelige, så vil de gjerne snakke med noen som har litt mer utdanning enn oss.

Det var for noen år siden på en annen avdeling. Vanskelige og krevende pårørende. Jeg mener at det var en del samtaler, det var det. Med avdelingsleder og sykepleiere og. Sykepleierne er mer involvert enn oss hjelpepleiere. Men også helsefag og hjelpepleierne. I noen tilfeller så spør de jo oss om observasjoner, hva vi tenker. Fordi det er de som skal formidle det.»

(Informant 1)

Sykepleierne hadde erfaring fra å ha fått ansvar for pårørende der det var utfordringer. Sykepleieren som hadde utdannet seg til helsefagarbeider før hun ble sykepleier beskrev dette som en av

forskjellene, at før kunne hun gi slike utfordringer videre til sykepleier, men nå måtte hun løse slike utfordrende situasjoner selv.

«Ja, det er mye mer ansvar som sykepleiere, som helsefagarbeider kunne jeg skyve det til sykepleier. Det er en forskjell i ansvar eller forventning fra pårørende.»

(Informant 6)

Informant tre og fire hadde erfaringer med pårørende, hvor andre i kommunen ikke mestret samhandlingen. Informantene hadde derfor erfaringer fra svært kompliserte saker der pårørende ytret krav som ikke kunne innfris, hadde behov for mer omsorg og støtte enn pleieren kunne tilby eller situasjoner hvor samarbeidsklima og den verbale utskjellingen ble vanskelig å håndtere for den enkelte pleieren. Samhandlingen kunne bli påvirket av pårørendes dårlige mestring av situasjonen med den pasienten eller dårlig mental helse hos pårørende som sykepleierne måtte ta hensyn til i samhandlingen og opplevde mer skjellsord og trakassering.

«Kjempevanskelig, men av en eller annen grunn så tenker jeg at. Hun er bare sånn, hun er bare sånn. Hun kaller alle det, det er ikke bare meg. Så jeg har lært å legge det fra meg. Men der og da. Det er ikke gøy å sitte i en telefonsamtale som behandler deg dårlig. Og du vil bare pasienten det beste. Men jeg har og snudd en vanskelig pårørende til en som det er så lett å samhandle med nå. Og hun har så stor tillit til oss nå. Det har noe med at de kan så lite om hva vi jobber med. Og det er derfor de stiller spørsmål og vi kan oppleve de som krevende. Men det er fordi de er usikre.»

(Informant 4)

Sykepleierne så ut til å mestre disse situasjonene med støtte fra ledelsen og mente at de hadde lært mye av hver situasjon og tok med seg denne lærdommen videre i den videre pårørendeomsorgen for andre pårørende. Informant tre og fire hadde lært mye om grenser for hvordan de kunne bli behandlet av pårørende og hvor deres grenser ville gå ved en ny situasjon. Pårørendes egen mentale helse eller mestringsevne kunne påvirke samhandlingen mellom dem.

«Jeg har hatt et tilfelle med en pårørende som i to år bare ville snakke med meg og ingen andre. Og pårørende hadde egentlig behov for å prate med meg hver dag. Men i og med at pårørende ikke ville snakke med noen andre i kommunen. Så ble det vanskelig. Jeg har iallfall lært for min egen del. At der skal jeg ikke komme igjen. For det er for tøft. Så når man kommer dithen at

det ble trusler så skriver jeg avvik. Og når jeg ser at vi kommer dithen at man ikke føler at informasjonen mottas at ikke man ikke får til noe samhandling i det hele tatt, så involverer jeg legen fort eller avdelingsleder. Bare sånn at jeg får støtte rundt meg.»

(Informant 3)

Informantene hadde stort behov for at avdelingsleder var tilgjengelig for støtte og hjelp når pårørendesamhandlingen ble utfordrende, og når samhandling ble vanskelig og resulterte i uenigheter mellom ansatt og pårørende. Dersom utfordringene ikke kunne løses i samarbeid med kollegaer ble fagsykepleier og avdelingsleder involvert.

Så henviste vi jo og til avdelingsleder. Så vi fikk ta det opp med avdelingsleder, de fikk ta det opp med avdelingslederen. Så avdelingsleder er en kanal å videreformidle vanskelige ting.

(Informant 6)

De fleste informantene snakket positivt om erfaringer med å kunne gå til avdelingslederen for støtte og hjelp i det videre pårørendearbeidet, men enkelte hadde ønsket mer støtte. Av og til savnet informantene at ledelsen informerte mer om sykehjemmenes stadige reduserte ressurser og muligheter og når det ikke ble gjort kunne dette oppfattes som for lite støttende for de ansatte som ikke kunne stille opp som ønsket.

«Når vi stod i det eksemplet fra i stad så tror jeg vi hadde ønsket litt mer støtte fra ledelsen, eller at ledelsen kunne gitt ut signaler til pårørende. At ok, vi har de ressursene vi har å rutte med. Sant. Take it or leave it. Av og til så føler en jo at leder burde ha forklart situasjonen vår. Vi har jo lite bemanning i forhold til mengden arbeid vi har, sånn at det hadde vært litt ønskelig at kanskje de hadde fokusert på det.»

(Informant 6)

Erfaringen var at avdelingslederne hadde samtaler med pårørende i fastlåste konflikter for å finne løsninger. Men selv om ledelsen ble koblet inn forble kontaktansvaret for den pårørende og pasient uendret og helsearbeideren måtte jobbe over tid med å gjenopprette tilliten over tid. Flere av informantene hadde erfart at det var mulig å snu en dårlig samhandlingssituasjon til noe positivt. De hadde også erfaring med at faglige begrunnelser hjalp dersom man måtte inn i en fastlåst situasjon. Dersom man hadde en faglig begrunnelse for det man måtte informere og snakke om så lettet det situasjonen.

«Kanskje jeg har blitt så gammel, eller har fått så mange år bak meg, at jeg synes ikke det er så vanskelig å ta opp disse tingene, når man vet at det er faglig riktig. Når man vet at det er til beboers beste. Så syns jeg det ikke er vanskelig.»

(Informant 3)

Informantene viste at de hadde erfaringer, holdninger og kunnskap om at det at en pårørende oppførte seg utfordrende ikke nødvendigvis gikk på dem personlig, men at det var situasjonen som var vanskelig og det var mer rollen som gjorde at det var de som ble målet for kritikken. Det var likevel tungt å stå i slike saker der man ble utskjelt.

«Nei det er jo da å tenke på at det finnes ikke vanskelige pårørende, det finnes bare pårørende som har det vanskelig. Det å minne seg selv på den.»

(Informant 7)

4.1.3 Tilrettelegging av kompetanseheving som fremmet samhandling med pårørende

På sykehjem to hadde de allerede merket effekten av sykepleiermangelen. De hadde hatt problemer med å få ansatt nok sykepleiere. Dette gjorde at de ønsket å heve kompetansen og tryggheten til helsefagarbeiderne, men også de ufaglærte. Utfordringer med pårørendekommunikasjon ble også tatt opp regelmessig i gruppemøter, fagmøter og personalmøter. Informant tre og fire fra dette sykehjemmet hadde en oppfatning av at alle skulle kunne ta seg av pårørende, bare man hevet kompetansen og alle fikk øvd på situasjoner med pårørende. Kort tid etter intervjuet skulle de i gang med kursing om pårørendekommunikasjon med trening for helsefagarbeidere for å trygge ansatte til å snakke med pårørende og svare på spørsmål som de hadde kompetanse til å svare på, men som de ikke turte i frykt for å si noe feil. Dette ville avlaste sykepleierne som jobbet på tvers av poster for å dekke behovet for sykepleiertjenester.

«Og da skal vi spisse det med når de møter utfordrende pårørende. Sånn spontant og, ikke nødvendigvis avtalt og planlagt. Fordi at det er da vi lærer hvordan vi møter de pårørende. Og det er det som skal vi ha. Det er kjempespennende. Men noen kan jo føle seg kanskje utrygge og er redd for å svare, om de svarer riktig eller galt. Og så er det kjapt å du må snakke med en sykepleier. Og da når vi svarer pårørende, og det kan være akkurat det samme svar som de sikkert hadde svart.»

Det har noe med at de er utrygge. Og da blir det fort en sykepleier som skal si det og fortelle de det.»

(Informant 4)

På de andre sykehjemmene var det ikke systematiske refleksjoner eller kursing tilknyttet pårørendeomsorg, annet enn Demensomsorgens ABC. Det var ikke oppe som tema på internkurs, fagmøter eller personalmøter. Når uformell og formell kompetansebygging ble diskutert ble Demensomsorgens ABC trukket frem som noe som hadde gitt kunnskap om pårørende, i tillegg til fagkunnskap om demens som også var nødvendig for å kunne gi god pårørendeomsorg. Flere informanter hadde erfaring med at fagkunnskap hjalp dersom man måtte gi informasjon eller diskutere handlingsvalg med pårørende. En faglig begrunnelse og støtte fra kollegaer og ledelsen rundt seg for det man måtte informere om trygget dem i samtalen med pårørende om vanskelige tema.

«Jeg har fått så mange år bak meg, at jeg synes ikke det er så vanskelig å ta opp disse tingene, når man vet at det er faglig riktig. Og da kan det gjerne bli flere møter, flere telefoner, legen og leder involveres gjerne for å få noe mer tyngde på det.»

(Informant 3)

Alle Informantene beskrev hvordan det å få erfaring over tid hadde hjulpet dem til å kunne yte pårørendeomsorgen som de gav i dag. De beskrev seg selv som tryggere og mer faglig sterke nå enn tidligere. Utover kompetanseheving gjennom Demensomsorgens ABC hadde flere av informantene en oppfatning av at erfaring med pårørendekontakt kom av seg selv, ved at de bare var seg selv. Egen utadventhet og interesse for å snakke med og bli kjent med pårørende lå som en basis for pårørendeomsorgen hos dem. En grunnleggende egenskap bestod i å justere seg etter det mennesket de møtte sine behov som grunnlag for sin pårørendekontakt. De fremhevet at det å være en rolig og trygg person som kunne snakke med pårørende om mer enn bare det pasientrelaterte skapte trygghet.

«Jeg tenker for meg personlig så med min personlighet er rolig og trygg, sant, og da kommer det jo ann på vår personlighet, og hvordan jeg er om jeg er stresset, og om jeg sprang til og fra veldig utrygg så klart det påvirker det hele prosessen fra innkøst til utkomst. Så det er den roheten og tryggheten.»

(Informant 6)

4.2 Barrierer i samhandlingen med pårørende

4.2.1 Informantenes erfaringer med å stå i skvis mellom pårørendes krav og ønsker og ansattes muligheter til å oppfylle disse

Informantene erfarte at det var et stort gap mellom pårørendes forventninger og de faktiske ressurser og muligheter ansatte på sykehjemmet hadde til å kunne oppfylle alle ønskene. Pårørende kunne for eksempel ønske ulike aktiviteter eller en høy intensitet og gjennomføring som ansatte ikke kunne oppfylle med den bemanningen de til rådighet.

Gapet mellom forventninger og muligheter skapte mye problematisk kommunikasjon og kunne kreve samtaler og møter der ansatte måtte begrunne både faglig og med ressursmuligheter for hvorfor det ikke er mulig å oppfylle ønskene til pårørende. Dette kunne være svært tidkrevende og det frustrerte de ansatte som ønsket å oppfylle disse ønskene, men ikke hadde mulighet til det.

«For vi ser jo det at pårørende ofte har andre forventninger, og noen ganger klarer vi kanskje ikke å se eller få fatt å tak i forventningene til pårørende, så ofte så blir det jo til at man må få opp, at vi må forstå hverandre, hva finnes av forventninger her, så klarer vi å møte hverandre.»
(Informant 3)

Flere informanter ønsket at pårørendes forventninger måtte møtes og justeres før innflytting på sykehjem. De fleste kom med forslag om ledere over avdelingsledere, tildere i kommunen, kursing eller noe nytt organ som kunne være ansvarlig for dette som en slags poliklinikk. Informantene ønsket at forventningsgapet ble redusert ved at kunnskapsnivået i pårørendegruppen ble justert til et mer sannsynlig nivå og at det da ville være letter å møte pårørende.

«Derfor har jeg hatt så lyst at det fantes en poliklinikk for geriatri der pårørende kan komme å få veiledning og informasjon før moren eller faren eller ektefelle er i det stadiet. At de er forberedt på det.»
(Informant 4)

Informantene hadde gjennom årene i eldreomsorgen erfart at pårørendes krav hadde forandret seg på sykehjem og i eldreomsorgen. Dette mente mange kom som en naturlig endring i samfunnet ellers, at våre krav til alle tjenester hadde endret seg. Media ble og foreslått som årsak til antagelser og meninger om sykehjem. Dette ble erfart som et tema som ofte kom på pårørendemøter ved innflytting, men også senere. Flere hadde erfart at pårørende spesielt ønsket flere aktiviteter og

opplevde det som svært vanskelig å ikke kunne oppfylle ønskene om aktivitet når de egentlig ønsket det selv, men det ikke var mulig i hverdagen.

«Ja for da må vi stå der og. Ja dessverre hadde vi ikke tid til å gå ut i dag. Og har dårlig samvittighet. Både overfor beboere og pårørende.»

(Informant 1)

4.2.2 Samhandling med pårørende når tid og ressurser begrenser mulighetene

Alle informantene ønsket å ta seg av pårørende og gi dem den omsorgen og tiden de trengte, de så viktigheten av å samarbeide med pårørende, samtidig som tiden og ressursene ikke strakk til.

Likevel prioriterte de å bruke tid på å bygge gode relasjoner og tillit. Å bli kjent og få respekt og tillit til hverandre tok tid. Å benytte seg av besøkene til pårørende og vise at man holdt avtaler om når man skulle ta kontakt for informasjon ble sett på som en grunnleggende verdi.

«Dette med å ha den kaffekoppen der. Og vise at vi ser deg og du er velkommen hos oss. Og forsøke å stoppe opp da når pårørende. Og si så hyggelig å se deg, hvordan går det med deg. Ta det de ekstra minuttene kan bety ganske mye. Men i en litt tight arbeidsdag er det av og til vanskelig å få til. I allefall i så stor grad som vi føler at vi av og til bør få det til.»

(Informant 3)

De hadde erfart at det var vanskelig å få tid til å gi god nok pårørendeomsorg og samarbeide i stor nok grad i en travel hverdag der man stadig fikk nye ekstra oppgaver. Ifølge informantene ble det brukt mye tid på andre oppgaver som klessortering og vasking som man heller kunne brukt på pårørendeomsorg. Helsepersonellet hadde fått flere oppgaver og sykere pasienter samtidig som pårørendes behov for omsorg hadde økt de siste ti årene. Dette hadde økt arbeidspresset og tidspresset for de ansatte. Da kunne det bli vanskelig å ta seg tiden til å bli kjent med pårørende, ta en kaffekopp sammen og gi dem den tiden de trengte når det var så mange pasienter med behov og så få ansatte. Informant nummer seks hadde erfart hvordan det å ikke ha mer tid og ressurser kunne tære på seg selv om en ikke laget seg forsvarsmekanismer der man godtok at man kun fikk gjort det lille man fikk gjort og at man måtte være fornøyd med det.

«Det gjør det så absolutt. Selvefølgelig. En har ikke mer ressurser enn det en har fått utdelt. En har den tiden en har til rådighet og de ressursene en har til rådighet. Og så det får være, jeg gjør så godt jeg kan og det får være godt nok. Tenker jeg.»

(Informant 6)

5 Diskusjon

Problemstillingen for denne studien er «**Hvordan erfarer helsepersonell at det tilrettelegges for samhandling med pårørende på skjermet enhet**». Problemstillingen drøftes i lys av resultatene i forskningsstudien og teori.

5.1 Rutiner og organisering

5.1.1 Tilrettelegging rundt innflytting og innkomstrutine

Informantene beskrev at samhandling med pårørende ved innflytting kunne bli påvirket pårørendes erfaringer før innflytting. Nasjonale og faglige føringer understreker at kontinuitet i helsehjelpen må tilrettelegges for gjennom hele sykdomsforløpet og spesielt i overganger mellom ulike tjenester. For pårørende kan for eksempel demenskoordinator fungere som en støttespiller i tidlig fase og i overgang til sykehjem (Hellesø & Opheim, 2023, s. 39). Overganger kan være vanskelig. Eika et al. (2014, s. 2192) fant at mange pårørende følte seg godt støttet i fasen frem mot avgjørelsen, men mer overlatt til seg selv i perioden mellom at avgjørelsen var tatt samt selve innflyttingen og den første tiden etterpå.

Pårørende som var skeptiske til sykehjemmet bidro til at de ansatte på skjermet enhet brukte tid på å få dem trygge i tiden etter innflytting. Kommunale støttetiltak til pårørende utover de ansatte på skjermet enhet sin støtte forekom sjeldent ifølge informantene. Det virket ikke som andre støttetiltak fra aktører utenfor sykehjemmet ble benyttet av pårørende eller vurdert foreslått av helsepersonellet. Enkelte beskrev at overganger der pasienten hadde vært på korttidsplass på sykehjemmet før innleggelsen på skjermet enhet kunne gi en mer skånsom overgang. Imidlertid kunne dette av og til være negativt, da erfaringen fra korttidsenheten ikke var sammenlignbar med skjermet enhet. Pårørende kunne da ha forventninger med seg fra korttidsplassen som ikke oppfylles på skjermet enhet. Forventningen kunne for eksempel gjelde aktivitetstilbud og legetilbudet. Slike fleksible overganger til langtidsplass og skjermede enhet foreslås ifølge Demensplan 2025 for å redusere pårørendebyrden ved innflytting på sykehjem. I tillegg trekkes viktigheten av dialog mellom pårørende og helsepersonellet i den tjenesten pasienten flyttes fra og til den nye tjenesten pasienten flyttes til frem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 17).

Innkomst samtalen var en rutine alle deltagerne i denne studien mente ble prioritert og gjennomført. En tidlig innkomst samtale ga muligheter for relasjonsbygging samt kunnskap om pasient og pårørendes behov for oppfølging. Hvor lenge etter innkomsten samtalen ble gjennomført varierte. Hos noen ble det også gjennomført oppfølgingssamtaler hvis pårørende hadde behov for dette. Dette sammenfaller med det nasjonale føringer beskriver om at behovene må følges opp uti fra den individuelle rett på oppfølging som pårørende har (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 27; Helsedirektoratet, 2019a, s. 15). Videre påpekte noen av informantene riktignok at innkomst samtalen kom for tidlig til å lage planer med pårørende eller ikke ga så mye ny kunnskap av og til hadde ansatte allerede hatt samtaler med pårørende, slik at viktige temaer hadde blitt diskutert allerede. Likevel ble det sett på som viktig å gjennomføre samtalen for å holde dialogen gående og gi en god inkomstopplevelse. Dette sammenfaller med andre studier som finner at en dårlig oppfølging fra helsepersonell ved innflytting påvirker overgangsfasen negativt for både pårørende og pasient (Eika et al., 2014, s. 2192; Groenvynck, de Boer, et al., 2022).

Snarlig innkomst samtale etter innflytting gir gode muligheter for å avklare forventninger og roller, og danner grunnlag for dialog og kunnskapsutveksling mellom partene. Helsepersonellet bør være den aktive parten i å bygge relasjonen mellom ansatt og pårørende (Bauer et al., 2014, s. 573; Eika, 2017, s. 52; Norheim & Sommerseth, 2014, s. 12). I tillegg trakk mine informanter frem at helsepersonellet måtte legge til rette for en innkomst samtale for å bli kjent og diskutere omsorgen videre. Å vise seg tilgjengelig og prioritere å bruke tid på å trygge pårørende og opparbeide tillit og relasjoner ble sett på som avgjørende. Studier og sentrale føringer sier lite om hvor lang en innflyttings- og overgangsfase varer. Informantene mente dette var en glidende overgang og at noen trengte en lengre innkjøringsfase enn andre. Dette sammenfaller med det Meleis et al. (2010, s. 58, 63) beskriver om at overganger ikke kan tidfestes eller følger en kronologisk rekkefølge som er lik for alle. Mestring av en overgang kjennetegnes av at personen blir trygg i sin nye rolle og finner en ny balanse i eget liv. Gjennom overgangsfasen opparbeides kunnskap om ny situasjon og ferdigheter til å beherske sine nye oppgaver. Informantene trakk frem at når pårørende var trygge og kjente gled fasen nesten umerkelig over til en hverdagslig fase i oppholdet der andre rutiner for oppfølging kom i gang.

5.1.2 Primærkontakter og kompetanse

Organiseringen av primærkontakter la til rette for kontinuitet i dialogen med pårørende og ga pårørende faste kontaktpersoner. Dette er vanlig organisering på mange sykehjem og sammenfaller

med hva pårørende uttaler i studier at de ønsker. Studier som har sett på hva som påvirker hvor fornøyde pårørende er med den faglige oppfølgingen på sykehjem, finner at faste og tilgjengelige kontaktpersoner er en viktig faktor for tilfredshet hos pårørende er med faglig kompetanse på institusjonen (Backhaus et al., 2020, s. 9; Bauer et al., 2014, s. 572; Ugreninov et al., 2017, s. 48-53, 60). Pårørendestrategien viser også til at definerte kontaktpersoner gir bedre informasjonsflyt, bedre tjenester til pasient og økt trygghet for pårørende (Regjeringen, 2020, s. 19, 22).

Primærkontaktsystemet ga en planlagt oppgavefordeling på de skjermede enhetene.

Informantene hadde pårørendekontakt etter faglig kompetanse og rolle. I utgangspunktet utførte helsefagarbeiderne primærkontaktansvaret, men ved medisinske spørsmål eller uenigheter og vanskelige temaer ble sykepleierne involvert. Stortingsmeldingen *Leve hele livet* anbefaler også at helsefagarbeiderne har ansvar for den daglige kontakten gjennom å være primærkontakt (Meld. St. 15 (2017-2018), 2017, s. 26).

Enkelte informantene påpekte at det primærkontaktsystemet ikke alltid fungerte godt nok. Særlig når helsefagarbeiderne ikke var trygge nok i sin egen kompetanse og å stå i utfordrende situasjoner. Målet måtte være at helse- og omsorgstjenesten for fremtiden jobbet med kompetanseheving hos helsefagarbeiderne og trente dem til å bli trygge i dialog med pårørende. Dette sammenfaller med studien til Barken & Lowndes (2018, s. 69) som viste at ved å jobbe på tvers av profesjoner kan målet om god pårørendeomsorg nås lettere. Primærkontaktrollen vil gi en tilrettelegging for ansatte til å ha hyppig kontakt med pårørende og bli tryggere i rollen. Ludvigsen & Danielsen (2014, s. 55) viste at dersom ansatte fikk kunnskap og en viss frekvens og hyppighet i gjennomføring av oppgaver så løste de slike oppgaver bedre. Mengdetrening er viktig. Når pårørende ser at det er et system for informasjon som skal overbringes så vil dette styrke pårørendes tillit til de ansatte og de ansattes erfaringer og evner til å utføre informasjonsoppgaven. Dette stemmer med mine informanter som beskriver at hyppige samtaler med pårørende gjorde at pårørende og ansatte ble godt kjent og utviklet tillit til hverandre. Deltagerne mente at når pårørende erfarte at ansatte hadde kunnskap om demens og kjennskap til pasientene styrket dette samarbeidet og relasjonen mellom dem. Videre ble det beskrevet av informantene mine at ansatte ikke alltid holdt seg til primæransvarsrollene og tok seg av pårørende ved behov som dukket opp eller ved primærkontaktens fravær. Her mente ansatte at siden enheten var så liten hadde alle ansatte og pårørende god nok kontakt. Noe lignende diskuterer Jakobsen og Homelien (2011, s. 151) som viser til av eldre studier som viser at pårørende på skjermet enhet har større grad av fornøydhet. Forfatterne diskuterer om dette har med den tilrettelagte utformingen, størrelsen og mulighetene skjermet enhet tilbyr pårørende og brukergruppen. Slike fleksible rutiner vil muligens gi pårørende

svar raskt. Det kan samtidig redusere mengdetreningen til primærkontaktene og være årsak til at en del av informantene så ut til å trives godt med at sykepleierne måtte ta over kommunikasjon med pårørende, løse utfordringer og tidvis repetere det helsefagarbeiderne hadde sagt. Tankegangen fra det ene sykehjemmet om å systematisk trene og styrke helsefagarbeiderne er derfor svært interessant og kunne med fordel vært fulgt opp i en egen studie. Alle sykehjemmene benyttet helsefagarbeidere som primærkontakter. Dette sammenfaller med det Cranley et al. (2020, s. 8) fant i sin studie. Forfatterne anbefaler å trene ufaglærte til å ha pårørendekontakt. Den amerikanske studien viser til sykehjem med færre sykepleiere i pleien og når kommunikasjonen gikk mellom sykepleier på topp og pårørende vanskeligjorde dette en god dialog. Dette kan bli en realitet også i Norge. Derfor kan dette også bli en del av den kommende oppgavedelingen på sykehjem. Ved behov må ufaglærte også læres opp i den rollen.

5.1.3 Tavler og kontinuitet

Tavler ble beskrevet av informantene som et godt virkemiddel til kontinuitet og oppfølging av avtaler og planer. En studie trekker frem at tavler fungerer som gode tverrfaglige arenaer der ansatte setter mål sammen og følger med på måloppnåelse. Tavlearbeid fungerer best hvis avdelingsledere er pågående i planleggingen og legger til rette for få med alle yrkesgrupper til en tverrfaglig gjennomgang, slik at alle ansatte involveres i prosessen (Deilkås & Bondevik, 2020, s. 4). Dette stemte med det deltagerne beskrev i studien ved at avdelingsleder og fagsykepleier kunne se på tavlen og påpeke om en pårørendesamtale ikke var gjennomført. Gjennom slik oppfølging kunne den ansatt få støtte og ekstra press til å gjennomføre samtalen. Tavler har lenge vært en del av pasientsikkerhetsprogrammet for å sikre at informasjon ikke går tapt, spesielt ved overganger mellom ulike omsorgsområder. Andre eksempler på bruk er ved innkomster eller oppfølging av andre tema og bidra til kontinuitet samt å få gjennomført oppgaver i et tverrfaglig team som sykehjem (Røhne & Grut, 2021, s. 16-18, 42; Skjellanger, 2015).

På sykehjem kan deltid, dekning av fagkompetanse i helger, turnusarbeidet og ferieavvikling påvirke primærkontaktens muligheter til å følge opp rutineoppgaver på sykehjem. I disse periodene tar ofte vikarer over noe av ansvaret, men mer tilfeldig og med lavere kompetanse (Eika et al., 2015, s. 5). Informantene mine beskrev at ved fravær var det lettere å se på tavlen om en primær hadde fravær som medførte at andre måtte bistå i pårørendekontakten. Eika et al. (2015, s. 4, 8-12) fant videre at primærkontaktsystemet kunne medføre at ingen av sykepleierne hadde total oversikt over helheten i en sengepost. Mye informasjon ble i den studien også overført mellom pleiere

muntlig og dette kunne lett velges å gis videre eller tilbakeholdes. De elektroniske journalsystemene kunne være vanskelige for alle å få oversikt i raskt. Informantene i min studie trakk frem at tavlebruk medførte at andre ansatte kunne raskt få en bedre oversikt over helheten og behovet for å overta en fraværende primærkontakts oppgaver. Slik sikret tavlene at den viktigste informasjonen stod tydelig synlig for alle. Tavlebruk var et av få områdene informantene beskrev at avdelingslederne kunne se at det ble gjort avvik fra en rutine ved at når datoen for neste pårørendekontakt ble oversett eller ikke fulgt opp kunne leder eller fagsykepleier enkelt følge dette opp. Dette stemmer også med forskning (Røhne & Grut, 2021, s. 50).

5.1.4 Spennvidden i tilrettelegging av rutiner

Resultatene i min studie viste spennvidden i tilretteleggingen av rutiner for pårørendeomsorgens og praksis på de skjermede enhetene. Mellom innkomst og årskonrollsamtale varierte samtalerutinene med månedlige samtaler, av og til halvårlige eller kun ved behov. Nøyaktig hvor ofte dette bør gjøres gis det få eller ingen retningslinjer om. Leve hele livet fremhever pårørendekontakters betydning for kontinuitet i oppfølgingen og viser til gode eksempler, men sier lite om hyppighet (Meld. St. 15 (2017-2018), 2017, s. 26). Pårørendestrategien påpeker at de fleste innspill fra pårørende viser at de har behov for mer og jevnligere informasjon enn det som ofte gjøres i dag og at den er forutsigbar (Regjeringen, 2020, s. 19, 39). Det er lite beskrevet i litteraturen hvor ofte pårørendekontakten bør være etter innkomst. Jevnlig, kontinuerlig, strukturert og oftere blir nevnt i studier (Hoek et al., 2021, s. 1637; Thompson et al., 2021, s. 1264). I tiden etter innkomst kan pårørende ha individuelle behov for oppfølging, knyttet opp til hvordan overgangen mestres av den enkelte. Det er ikke mulig å fastsette et forløp for alle. Målet må være å oppnå en best mulig mestring av den nye situasjonen for den pårørende (Meleis et al., 2010, s. 52, 63).

Informantene beskrev dette som et behov for at rutinene for oppfølging over tid kunne være fleksibel nok til å gi rom for oppfølging av pårørendes individuelle behov. Behov for oppfølging kunne variere med endringer i sykdomsutvikling hos pasienten og pårørendes eget liv. Etterhvert som demenssykdommen utvikler seg vil pårørende oppleve nye kriser og overganger der de har behov for støtte og veiledning av helsepersonellet. Informantene ved sykehjemmet som hadde innført månedlige samtaler erfarte at den hyppige tilretteleggingen bedret relasjonene mellom pårørende og ansatte. Dette fremmet god og kontinuerlig dialog mellom primær og pårørende slik at de kjente hverandre godt, ble trygge på hverandre og kunne følge opp behov og endringer raskt. Jakobsen og Homelien (2011, s. 153) beskriver også at den planlagte og strukturerte delen av

pårørendekommunikasjonen er viktig for pårørende. Andre informanter i min studie mente de jobbet godt i team med rutiner som var fleksible og ga mulighet til å bruke skjønn i hvor nøye rutinene ble fulgt. Dette åpnet for ikke å følge rutinene om faste kontaktpersoner eller de faste tidsintervallene etter rutinebeskrivelsen og informantene var fornøyde med dette. Det kunne virke som pårørendeoppfølgingen ble mer tilfeldig når det ikke ble håndhevet strengt. I andre lignende studier etterlyser pårørende mer struktur og faste møtepunkter for å sikre pårørendes behov for omsorg og informasjon. En konsekvens kan bli at pårørende ikke vet om de har en kontaktperson eller at de føler de har for lite kontakt med primærkontakten (Barken & Lowndes, 2018, s. 69; Norheim & Sommerseth, 2014, s. 12; Rognstad et al., 2015, s. 61,63). Norheim & Sommerseth (2014 s. 12) fant i sin studie at det kunne være forskjell på hvem som fikk informasjon uten å etterspørre den og kvaliteten på oppfølgingen innad på samme sykehjem. Den studien diskuterer også om hvilken rolle pårørende har spiller inn i denne forskjellsbehandlingen. Dette hadde ikke deltagerne i min studie noen mening om. Pårørendes tilknytning til pasienten spilte lite eller ingen rolle. Om dette har med erfaringer, kompetanse eller bevissthet rundt tematikken er vanskelig å si.

Når det kommer til andre tilfeldigheter i pårørendekontakten viste mine resultater at sykehjemmene som hadde mindre lederforankring i pårørendeomsorgen hadde noe mindre systematisk pårørendeomsorg. Deltagerne beskrev at ansatte ikke fulgte rutinene som fastsatt, heller litt tilfeldig. Rutinene måtte strammes inn innimellom før de skled ut igjen. Lederoppfølgingen kan muligens ha noe å si på hvordan rutinene ble fulgt. En lederundersøkelse har sammenfallende funn om ulikheter i pårørendeoppfølgingen. Det var avvik mellom hvordan pårørendeveilederen og sentrale føringer legger opp til at pårørende skal følges opp og hvordan lederne svarte om den faktiske oppfølgingen i kommunene var. En fjerdedel av lederne mente pårørendeoppfølgingen kunne være tilfeldig i helse- og omsorgstjenesten (Pedersen et al., 2022, s. 34-37). Både ledere i den undersøkelsen og informanter fra min studie beskriver at pårørendeomsorgen er for tilfeldig. Ansatte som har rutiner med litt lange mellomrom innrømmet å ikke følge rutinene godt nok, mens de ansatte med korte intervaller ser ut til å ha bedre struktur og styring på at rutinene følges. Om dette har med avdelingsleders fokus på pårørendearbeid er ikke mulig å tolke fra mitt materiale. Avdelingsledere som er tydelig til stede og følger opp innovasjon viktige temaer får bedre kvalitet og gjennomføring av både endringer og kvalitet på omsorgen som ytes (Brodtkorb et al., 2019). Det kan tyde på at en aktiv leder og et hyppig intervall mellom rutinemessig pårørendearbeid kan være positivt.

Av egen erfaring har jeg benyttet både rutiner med 6-12 måneders intervaller, månedlige og ukentlige samtaler. Det er lettere å bli god på noe man gjør ofte enn noe man gjør sjelden. I tillegg

går det raskere å informere pårørende månedlig enn sjelden. Både jeg som sykepleier og pårørende kunne lettere følge opp fra forrige måned enn fra hva som ble sagt for et halvt år siden. Ukentlige samtaler kan bli for tidkrevende for en primærkontakt å gjennomføre med turnus og en hektisk hverdag og bør løftes opp på avdelingsledernivå. Konflikter med helsepersonell kan påvirke pårørendes helse og opplevelse av å være pårørende, det er derfor viktig å forsøke å løse disse raskest mulig for å kunne bygge godt samhandlingsklima. Eskeland (2017, s. 211) påpeker at ikke alle utfordringer kan eller skal løses på sengepost. I slike tilfeller kan det bli behov for andre eksterne løsninger. Ofte løftes det opp på ledernivå. Dette beskrev også mine informanter. Flere og flere kommuner ansetter nå pårørendekoordinatorer som kanskje kan være mulig å gi ansvar for oppfølging av pårørende ved spesielle pårørendebehov og konflikter. Statlige føringer og litteratur diskuterer lite slike behov som blir for krevende for den enkelte primærkontakt og institusjon. Helsepersonellkommissjonens utredning (NOU 2023:4, s. 251-253) kommer ganske nærme problemstillingen ved å trekke frem at samfunnet rundt helsepersonellet må ha forståelse for de prioriteringer som fagpersonene må ta. Men diskuterer heller ikke konkrete løsningsforslag for den kliniske hverdagen.

5.2 Kompetansehevende tiltak

5.2.1 Planlagt kompetanseheving og erfaringsbasert kompetanse

Hvordan det skal legges til rette for at helsepersonell bygger kunnskap og erfaring om pårørend omsorg var informantene ikke enige i. Informantene hadde ulik oppfatning av behovet for å tilrettelegge for å øke kompetanse om pårørend omsorg aktivt. Kompetansebygging på det enkelte sykehjem er avdelingsleders ansvar. Øvrige ledere i helse- og omsorgstjenesten har også et ansvar for hva tjenesten har behov for av kompetanse for å gi omsorg av god kvalitet, også til pårørende. Den politiske ledelsen må prioritere tilstrekkelig ressurser slik at kompetanseheving og pårørend oppfølging på den aktuelle skjermede enheten kan gjennomføres (Pedersen et al., 2022, s. 36). Gjennom aktiv rekruttering av fagfolk med kompetanse og lønn for kompetanseheving kan avdelingsledere fremheve viktigheten av kompetanse på skjermede enheter. I denne prosessen kan ledelsen også prioritere kompetanseelementer som holdninger, evner og verdier hos den enkelte ansatte (Gautun, 2020, s. 59; Lai, 2021, s. 49; Ludvigsen & Danielsen, 2014, s. 46). Tilrettelegging av muligheter for kompetanseheving kan dessuten medvirke til å beholde kompetente fagpersoner på den enkelte arbeidsplass (Berge & Eilertsen, 2020, s. 10). Alle informantene trakk frem Demensomsorgens ABC som en arena for kompetansebygging. Det var også andre former for

videreutdanninger blant de ansatte. Ellers var det en variasjon i hvordan kompetansebygging, spesielt på pårørendefeltet, ble fokusert på. Andre metoder for tilrettelagt kompetanseheving er nesten ubegrenset i muligheter. Surr et al (2017, s. 991) viser hvor mange ulike metoder som kan benyttes innen eldreomsorgen og demensfeltet for å heve kompetansen blant ansatte. Det kan se ut som ikke en enkelt metode er viktigst, men at undervisningen er praksisnær, interaktiv og at den som underviser kan bidra til refleksjon rundt eksempler som ansatte tar opp. Undervisning som bidrar til nye praktiske metoder, teknikker eller rutiner fungerer bedre enn om det krever pensumlesing eller nettbaserte løsninger. Enkelte informanter nevnte e-læring nevnte som noe man ble pålagt, et kurs i måneden. Det virket ikke som noe man selv ønsket og foretrakk, men som ledere satte i gang. Av egen erfaring kan det være variabel interesse for e-læring som eneste fremgangsmetode i en ansattgruppe. Simuleringstrening og gruppeundervisninger gir mer positive tilbakemeldinger.

Erfaring som kompetansebyggende element ble derimot fremhevet av alle informantene. Informantene hadde opparbeidet seg erfaring med pårørendeomsorg gjennom yrkeslivet og syntes ikke pårørendearbeidet var vanskelig. Erfaring hadde lært dem mye om hvordan dette skulle gjøres. Noen mente det sammen med gode holdninger og verdier holdt. Undervisning om pårørendeomsorg ikke var nødvendig. Dette sammenfaller med teori om at uformell erfaringslæring skjer underveis i den praktiske hverdagen. Slik læring er gjerne mindre reflektert og delt mellom kollegaer (Lai, 2021, s. 117). Erfaringsdeling i hverdagen under rapporter og gjennom arbeidsdagen er en uformell kompetansehevende metode som det kan legges til rette for. Dette stemmer med informantenes beskrivelser om at det var lite tilrettelagt for deling av erfaringer og veiledning med andre enn egne kollegaer. Informantene beskrev at de snakket sammen uformelt, men det ble sjelden løftet inn i rapporter. Refleksjonsgrupper eller andre gruppemøter ble bare til en viss grad brukt som fora for pårørendeutfordringer på et av sykehjemmene. Til tross for at alle enhetene benyttet ulike refleksjonsmodeller som TID og VPM for å løfte frem og løse utfordringer i arbeidet med personer med demens. Cranley et al. (2020, s. 7) påpeker i sin studie at pårørendekontakten blir bedre dersom alle ansattgrupper deltar i kompetansehevingen og har den samme kompetansen.

Et av sykehjemmene i studien hadde sett behovet for å legge til rette for å øke ansattes erfaringer gjennom ferdighetstrening med simulering. Det var erfart at en del ansatte syntes det var utfordrende å ha primærkontaktrolle og planla en ferdighetstrening der målet var å styrke helsepersonellens erfaringer for å mestre pårørendekontakt bedre. Dette stemmer med studier som viste at ansatte anså at det å ha pårørendekontakt var blant det vanskeligste i jobben. De pleierne

som hadde en involverende holdning til pårørende, hadde mindre utfordringer knyttet til kontakten med pårørende enn de som unngikk pårørende. Dette førte igjen til at de ansatte fikk bedre informasjon og kunnskap som styrket omsorgen for pasienten (Barken & Lowndes, 2018, s. 64; Utley-Smith et al., 2009, s. 176). Målet til ferdighets- og simuleringstreningen hos informantene i min studie hadde som mål nettopp å øke kvaliteten på omsorgen i tillegg til å trygge ansatte. Deltagerne påpekte at alle ansatte måtte kunne samhandle med pårørende og at den voksende sykepleiermangelen måtte møtes med økt kompetanse og ferdigheter i pårørendeomsorg hos alle ansatte. Simuleringstrening er en metode som gradvis får innpass i helse- og omsorgstjenesten. En studie fra sykehjem som ser på simuleringstrening og observasjons- og vurderingskompetanse fant at dette var en god metode i bruk i arbeidshverdagen på sykehjem som gjorde helsepersonellet tryggere i sitt arbeid i etterkant. Ferdighetstrening som ses på som relevant i egen arbeidspraksis ga god læring når teori og praksis ble kombinert (Myrvang & Rokstad, 2022, s. 10-11).

5.2.2 Leders ansvar for tilrettelegging av kompetanseheving

Deltagerne i studien beskrev ulike grader av lederinvolvering for kompetanseheving om pårørendearbeid. Det virket som om informantene der seksjonsleder hadde innført nye rutiner for pårørendekontakt i større grad erfarte at pårørendekunnskap kunne bli løftet som tema på undervisning og gruppemøter og hadde en mer bevisst holdning til pårørendearbeid. De fleste andre informantene hadde få arenaer der pårørendetemaet ble løftet av ledere. Kunnskapsdeling skjedde for det meste uformelt mellom ansatte. Dette sammenfaller med det Brenden et al. (2011, s. 73) fant i sin studie om at den uformelle kompetansehevingen fungerte bra, men tilrettelegging for mer formell kompetanseheving var mer sparsom. Uformell kompetanseheving kan være internkursing, kollegaveiledning og refleksjoner i rapporttid. En lederundersøkelse bekrefter også spennvidden i lederfokuset. Lederne i denne studien hadde ulik prioritering av kompetanse og fokus på kompetanse om pårørendeoppfølgingen. Kursing av ansatte hadde ikke vært prioritert og kun 50 % hadde gjennomført undervisning om pårørendearbeid. Samtidig mente under 40 % av lederne at ansatte hadde nok kompetanse på temaet. Ledere som hadde gjennomført kursing svarte i større grad at ansatte hadde kompetanse på pårørendeomsorg (Pedersen et al., 2022, s. 4). Lignende funn er gjort i en studie av Gotaas et al. (2020, s. 46), der pårørendeomsorg som tema for opplæring i helse- og omsorgstjenestene ikke har vært prioritert fra kommuneledelsen i de fleste kommunene som er undersøkt. Kommunen som organisasjon og leder for sine ansatte ser i følge denne studien ut til å ha et stort forbedringspotensialet for å gi ansatte den kompetanse og støtte

som de trenger. Kunnskap om pårørendeomsorg må derfor også tilføres ledere og ikke bare de ansatte med primæransvar.

Kompetanseheving på sykehjem er avdelingsleders ansvar. En studie viser at kompetanseheving ikke alltid er systematisk planlagt på sykehjem. Dette gjelder spesielt formell kompetanseheving og det trekkes frem et stort behov for at avdelingsledere tilrettelegger for en mer systematisk kompetanseheving for ansatte (Brenden et al., 2011, s. 71). Blant mer systematiske forbedringstiltak kan Knips-sløyfen, TØRN og systematisk kompetanseplanlegging fra Kommunenes Interesseforbund (KS) være systematiske tilbud til kommuner som har behov for hjelp til organisering og å komme i gang med kompetanseplanlegging (KS, 2023; Meyer et al., 2022, s. 2). Ved at det lages en systematisk kompetanseplan kan den enkelte institusjonen legge opp til en systematisk plan for kompetansehevingen. Gjennom kartlegging av behov og de ressurser man allerede har legges en plan. Slik vil man få kompetanse som fyller de ulike delene som Lai beskriver med holdninger, verdier, kunnskap og ferdigheter (Lai, 2021, s. 44-51). Mine funn viser at det ene sykehjemmet tenkte mer strategisk og langsiktig enn de andre. En slik aktiv og systematisk tilnærming kan kreve mye av en leder som skal ha hele ansvaret alene. Det er behov for forankring i resten av organisasjonen i kommunen og en faglig støttespiller på enheten.

Omsorg 2020 og Kompetanseløft 2025 trekker frem at den fagutviklende siden av ledelse i helse- og omsorgstjenesten er viktig og må styrkes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 35; 2021). Informantene hadde fagsykepleier ansatt i ulike stillingsstørrelser. Fagsykepleierens rolle og oppgaver på sykehjem er lite beskrevet i sentrale føringer eller i litteraturen. En studie fra sykehus beskriver fagutviklingssykepleiere på sykehus som bindeleddet mellom kunnskap og praksis gjennom kunnskapsbasert praksis, noe som nok også stemmer på skjermet enhet (Christiansen et al., 2009, s. 106). En undersøkelse fra 2014 viste at store sykehjem hadde fagledere (Ludvigsen & Danielsen, 2014, s. 54). Myrvang & Rokstads studie (2022, s. 11) viste at for å få implementert kunnskapsbasert endring på en sykehjemsavdeling kan det være avgjørende å ha en koordinerende fagperson tilknyttet sykehjem. Få sentrale føringer ser på hvordan dette dilemmaet skal løses, men peker på at fagutvikling bør prioriteres. Erfaringsmessig ser jeg at det løses praktisk ved å ha fagsykepleiere i lederteamet i forskjellige stillingsandeler og ansvarsområder. Den enkelte kommune og sykehjem avgjør selv hvilken stillingsstørrelse de ønsker å ha fagsykepleieren. Dette viste også studien min. I små stillinger er det vanskelig for fagsykepleieren å gjennomføre et helhetlig kompetansehevende arbeid. Dette bekreftet den ene informanten som hadde en liten fagutviklende stillingsprosent. Hun beskrev begrensede muligheter til fagutvikling og oppfølging av

ansatte. Jo større stilling den fagansvarlige har jo bedre muligheter vil det være for avdelingsleder og fagsykepleier til å ha et kompetansehevende fokus i den daglige driften. Større fagutviklende stillinger kan med fordel prioriteres for å styrke kvalitetsutvikling på skjermede enheter. Det vil styrke mulighetene for tilrettelegging av kompetanse og organisatoriske faktorer som kan gi ansatte den utvikling og støtte de trenger i sin kompetanseheving om for eksempel pårørende.

5.2.3 Økonomisk støtte og tilrettelegging for kompetanseheving

Tilrettelegging for kompetanseutvikling kan være kostbart økonomisk på kort sikt. Kompetanseløft 2025 legger opp til økonomiske støtteordninger for kompetanseheving i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 32). Utgifter ved å tilrettelegge for innleie og studieutgifter på et sykehjem kan sette begrensninger og prioriteringer i stramme budsjett for avdelingsledere (Berge & Eilertsen, 2020, s. 9-10). I en studie beskriver informanter støtte til kompetanseheving som veldig varierende og det kan være behov for endringer i støttetiltak for å få økt interessen for kompetanseheving (Melby et al., 2022, s. 97). Dette var ikke tema i mine intervjuer, men alle informantene hadde erfaring med at det ble lagt til rette for formell kompetanseheving. Av egen erfaring kan økonomisk tilrettelegging for den enkelte ansatte i videreutdanning variere fra kommune til kommune. Økonomisk tilrettelegging er viktig for mange som vurderer videreutdanning.

Helsedirektoratet påpeker at selv om utgifter ved kompetanseheving er dyrt kortsiktig for den aktuelle arbeidsgiver, er det viktig i et langsiktig samfunnsperspektiv og for den enkelte kommunes tilbud av tjenester. I tillegg bar det en rekrutterende og fagutviklende faktor på arbeidsplasser som skjermet enhet. Gjennom bruk av eksisterende tilskuddsordninger må det tilrettelegges for at de økonomiske byrdene ikke dekkes kun av et hardt presset økonomisk budsjett på det enkelte sykehjem (Helsedirektoratet, 2017, s. 49). Denne typen tilrettelegging krever innsats ikke bare hos avdelingsleder, men at det skapes rutiner for kommunens øvrige ledelse for å planlegge og innhente midler til kompetanseheving samt ha et system som drifter dette.

Dårlige muligheter for kompetanseheving og for lite faglig engasjement på arbeidsplassen blir nevnt i en annen studie som en årsak for at for eksempel sykepleiere vurderer å slutte (Gautun, 2020, s. 36, 58). Gautun nevner også mangel på tid i som årsak til at det ikke drives mer kompetanseheving i hverdagen. Dette kom ikke frem i min studie, men det ble beskrevet en frustrasjon over generell mangel på tid til oppgaver og faglig oppdateringer i hverdagen på grunn av rutinearbeid som ikke var sykepleiefaglig, deriblant kommunikasjon med pårørende. Informantene

som planla et undervisningsopplegg om pårørende, beskrev god lederforankring knyttet til planen for kompetanseheving. Igjen ses en prioritering om kompetanseutvikling på tross av økonomi hos leder som avgjørende.

5.3 Avdelingsleder- og kollegastøtte i samhandlingen med pårørende

Det må være et miljø for medarbeiderstøtte tilrettelagt rundt den ansatte som skal gi pårørendeomsorg. Deltagerne beskrev situasjoner der sykepleierne hjalp helsefagarbeiderne i utfordrende pårørendedialog eller fikk tildelt ansvar for pårørende ved innflytting som ledelsen visste kunne bli utfordrende. Da hadde de fått varierende grad av støtte fra ledelsen eller bare møtt en forventning om at dette skulle de ta seg av i lys av rollen som sykepleier på post.

Avdelingsleders ansvar for å støtte ansatte er beskrevet i litteraturen. Ledelse på skjermert enhet som støtter sine ansatte i utfordrende situasjoner gjennom nærledelse bidrar til god personorientert omsorg (Adlbrecht et al., 2021, s. 15; Røen et al., 2018, s. 1287). En uklar støtte fra ledelsen til ansatte som opplever vanskelige interaksjoner med pårørende var frustrerende. Mine informanter påpekte at det tidvis ikke var nok støtte fra avdelingsledere når de ansatte satte grenser overfor pårørende for hva ansatte hadde mulighet til å stille opp med. Støtten fra avdelingsleder ble sett på som bekreftelse på at de ble sett og hørt. Barken & Lowndes (2018, s. 69) beskriver i sin studie og refererer til eldre studier at helsepersonellet jobber bedre dersom de føler seg som del av en enhet med tilhørighet hvor de kan dele sine erfaringer og blir sett og hørt.

Det er lite føringer i stortingsmeldinger og annet planarbeid hvordan denne støtten skal foregå, men det gis uttrykk for at avdelingsleder har ansvar for å sikre nødvendig kompetanse og arbeidsvilkår for sine ansatte. Helsepersonellkommissjonens utredning som er på høring våren 2023 anbefaler at ansatte som står i vanskelige prioriteringer må støttes av ledelsen rundt dem, slik at ansatte skal kunne stå i de vanskelige prioriteringsvalgene for valg av behandling og omsorg i fremtiden (NOU 2023:4, s. 15).

Informantene beskrev kollegastøtte på tvers av profesjoner som positivt hvis samhandlingen med pårørende var preget av konflikt, eller når de skulle informere om noe som følte vanskelig. Alle beskrev situasjoner der sykepleiere steppet inn og tok over det som ble utfordrende. Her virket det som et innarbeidet system. I bunn lå det et premiss om at helsefagarbeideren hadde ansvaret, men om det krevdes mer tyngde og fag kom sykepleier eller noen fra ledelsen inn. På spørsmål om dette var en grei løsning virket informantene helt innforstått at det var sånn det skulle være. Sykepleierne

innehar en lederrolle overfor helsefagarbeiderne (Brodtkorb & Hauge, 2022, s. 274). Mange av informantene i min studie virket fornøyd med at oppgavedelingen var som den var. Enkelte av informantene var opptatt av at med mer støtte og veiledning kunne helsefagarbeiderne overta mer av den samhandlingen som sykepleierne hadde med pårørende. Dette sammenfaller med Devik & Olsen (2022, s. 27) som fant at ved faglig styrking av helsefagarbeiderne kan sykepleierne få en mer veiledende og ledende rolle. Tilrettelegging som opplæring, støtte, planlegging og kommunikasjon mellom alle i teamet sikrer at de som føler seg usikre trygges i oppgavene. God tilrettelagt støtte og tverrfaglig samarbeid rundt den ansatte har stor verdi for å kunne gi personorientert omsorg. Dette krever gode strukturer, men også støtte i arbeidsmiljøet der man deler erfaringer gjennom refleksjon og veiledning (McCormack et al., 2021, s. 17-19). Lederbasert strukturert refleksjon og veiledning rundt utfordringer tilknyttet pårørende var ikke i fokus i særlig stor grad på noen av sykehjemmene. Enkelte hadde noe erfaring med å ha samtaler med avdelingsledere om utfordrende situasjoner, men det var stort sett initiert av dem selv.

5.4 Tid og personalressurser

Pårørende anbefalinger i sentrale føringer er ofte formulert som anbefalinger og bør-krav. Kommuner som må på grunn av tid- og ressursmangel må prioritere lovpålagte tjenester fremfor anbefalinger kan ofte nedprioritere anbefalinger som pårørendeomsorg (Pedersen et al., 2022, s. 37). Rutinene på sykehjemmene i studien viste at det var klare forventninger og mål om pårørendeoppfølging. Informantene beskrev et høyt tempo i hverdagen der pårørende ikke alltid ble fulgt opp som ønsket fordi store pasientbehov, administrative, organisatoriske og ryddeoppgaver kom foran. Det sammenfaller med en studie fra spesialisthelsetjenesten som fant at i den formelle dialogen mellom helsepersonell og pårørende var mangel på tid en begrensende faktor for at helsepersonell kan tilrettelegge for en pårørendeomsorg som gir pårørende den individuelle oppfølgingen de har behov og krav på (Finbråthen et al., 2023, s. 6). Bemanning på skjermet enhet blir ikke tallfestet. Kommunene kan avgjøre dette i stor grad selv, men tidsbruk på skjermet enhet kan påvirkes av pasientgruppens utfordringer. En studie anbefaler at antall ansatte bør være høyere enn på vanlige sykehjemsposter på grunn av opphoping av pasienter med store behov som følge av APSD-symptomer (Crespo et al., 2013, s. 2030). Deltagerne i min studie beskrev interesse, verdier og holdninger som tilsa at de hadde kunnskaper om at pårørendeomsorg burde ha høy prioritet. Alle ønsket å hjelpe og støtte pårørende, men dette var tidkrevende. Det var ikke lagt opp til nok tid til den uformelle dialogen mellom pårørende og helsepersonellet ifølge mine informanter. Lignende

funn fra pårørendestudier viser at ansatte mener at det å bruke tid på de pårørendes behov bør prioriteres, men at det kunne være tidkrevende i hverdagen (Bauer et al., 2014, s. 580; Haesler et al., 2010, s. 62).

Den uformelle kontakten anså deltagerne i min studie som meningsfylt og viktig. Det å være seg selv og at de interesserte seg for de pårørende ble gitt stor verdi. Dette sammenfaller med studier som viser at den uformelle kontakten styrker pårørendes følelse av å være velkommen, kunne bli kjent og at det blir lettere å ta kontakt ved behov (Bauer et al., 2014, s. 574; Hoek et al., 2021, s. 1637). Å få tilbud om en kaffekopp og bli snakket med på besøk kan gi en følelse av å være inkludert og verdsatt (Barken & Lowndes, 2018, s. 68; Eika et al., 2014, s. 2140).

Dette bekreftes av resultatene i min studie som viste at helsepersonellet som var opptatt av å ta den tiden den uformelle pårørendeomsorgen tok, selv om man egentlig ikke hadde tilrettelagt slik tid. Å være et medmenneske medvirket til å bygge tillit og relasjoner som resulterte i bedre samarbeide og samhandling om vanskelige temaer senere i forløpet.

Stor utskiftning og manglende kompetanse nevnes også i studier som hemmende på god pårørendeomsorg og informasjonsflyt. Når personellressursene blir for tilfeldige, skiftende og ikke alltid fylt med fagutdannet personell som kjenner pasientene kan pårørende føle det som belastende og vanskelig når de ikke kjenner de ansatte, eller de ikke møter helsepersonell med rett kompetanse (Law et al., 2017, s. 346; Norheim & Sommerseth, 2014, s. 12; Ugreninov et al., 2017, s. 53).

Travle ansatte kan medføre at pårørende trekker seg tilbake og ikke vil forstyrre ansatte, noe som kan hemme en god samhandlingsprosess (Aasgaard et al., 2010, s. 32). Mine informanter beskrev at det hos dem var tilstrekkelig kjent personell og små enheter med god kontinuitet, slik at ved disse sykehjemmene var ikke fravær hos primærkontakter et problem. Det må planlegges for at fravær av primærkontakter og annet nøkkelpersonell ikke blir et problem. Dette er avdelingslederens ansvar. De økte kravene, ønskene og behovene hos pårørende i kombinasjon med alle de andre nye oppgavene og redusert bemanning og ressurser ga informantene uttrykk for at var vanskelig. Den generelle sykepleiermangelen ble av mine informanter nevnt som en større utfordring enn fravær hos primærkontakter. Sykepleiermangelen gjorde at det måtte tilrettelegges for kompetanseheving hos helsefagarbeiderne for å dekke pårørendes behov bedre.

Informantene trakk frem at behovene til pårørende hadde økt de siste årene. Tiden de brukte på å snakke med pårørende hadde økt merkbart. Dette sammenfaller med svarene til lederne i to lederundersøkelser der tidsaspektet trekkes frem som problematisk. Lederne var også enige i behovet og nødvendigheten av samhandling og dialog med pårørende, men tiden og nok personell

kunne være hemmende for å få til en god pårørendekontakt (Gotaas et al., 2020, s. 47; Pedersen et al., 2022, s. 27, 35). Informantene prioriterte å ta seg tid til pårørendeomsorg, selv om de egentlig ikke hadde tid. Dette grunnarbeidet hjalp i samhandlingen senere. For lite tid i starten betød mer tid senere i forløpet. Dette likner på en studie som fant at å innføre strukturert og tett kontakt i innflyttingsfasen resulterte i gode resultater for samhandlingen senere i forløpet (Utley-Smith et al., 2009, s. 175).

Pårørendeveilederen ser på utfordringen med knapphet på tid og ressurser som et etisk dilemma der ansatte kan få støtte og veiledning gjennom å få slike saker belyst i klinisk etiske komiteer og lignende fora (Helsedirektoratet, 2019b, s. 102). Ingen av mine informanter hadde erfaring med å diskutere pårørendeutfordringer i refleksjonsgrupper.

Når det diskuteres om det er nok tid og ressurser i eldreomsorgen og de ansatte ikke rekker oppgaver som for eksempel å samhandle med og følge opp av pårørende så må det vurderes om sykehjem og skjermet enheter kan organiseres annerledes. Nye tiltak og endringer i arbeidsmetoder og organiseringer trenger ledelsesforankring for å få resultater for eksempel ved forbedringsarbeid knyttet til pårørendeoppfølging (Haesler et al., 2010, s. 67). Dette snakket sykepleierne fra det ene sykehjemmet om. De var i gang med endringer og kompetanseløft som hadde blitt initiert av ledere. Tverrfaglig arbeid i teambasert organisering med oppgavedeling der de ulike profesjonene jobber med det de er utdannet til kan være en mulighet når man ser en økende mangel på fagkompetanse. Personorientert omsorg vektlegger tverrfaglig arbeid i stor grad (McCormack et al., 2021, s. 17). Rendyrket oppgavedeling var ikke gjennomført på sykehjemmene; alle informantene beskrev situasjoner der sykepleierne gjorde oppgaver andre yrkesgrupper kunne gjort eller gjentok informasjon til pårørende som helsefagarbeiderne hadde gitt allerede. Noen av deltagerne diskuterte denne ressursbruken i intervjuene. Ved at alle ansatte gjør de samme oppgavene i små team kan det blir vanskelig å utnytte ressursene godt. Det blir utprøvd flere steder om sykepleier i stab eller på topp gir bedre ressursutnyttelse. Det kan riktignok føre til en pårørendekontakt hvor sykepleieren ikke kjenner den aktuelle pasienten like godt som helsefagarbeideren som er primær (Melby et al., 2022, s. 82). Dette nevnte enkelte av sykepleierne, av og til måtte de bruke tid på å lese seg opp. Da hadde det vært bedre at den pleieren som kjente pasienten kunne gitt informasjonen. Eika et al., (2015) fant dessuten at helsefagarbeiderne ofte fikk raskere innblikk i den nye pasientens tilstand enn sykepleierne som hadde mange fragmenterte oppgaver og ikke hadde hatt tid til den nye pasienten. Dette bidro til at helsefagarbeiderne utviklet en relasjon og en innsikt om pasienten og pårørende raskere enn sykepleieren.

Ikke alle ansatte i helsevesenet mener denne formen for oppgaveglidning er positivt. For eksempel viser en studie at det ikke er alle helsefagarbeidere som ønsker økt ansvar og ikke alle sykepleiere vet hva de kan delegere til en helsefagarbeider. Graden av delegering kan dessuten være avhengig av dekningen av sykepleiere i bemanningen (Ludvigsen & Danielsen, 2014, s. 57). Rollefordelingen på den enkelte arbeidsplass kan også være uklar, noe som gjør at alle gjør alt, men at sykepleierne gjør sine oppgaver i tillegg. Det kan diskuteres om dette er den mest gunstige arbeidsfordelingen ved sparsomme ressurser (Devik & Olsen, 2022, s. 27; Melby et al., 2022, s. 76-82).

Dette bekreftet mine informanter at kunne medføre utfordringer. Helsefagarbeiderne så ut til å trives med arbeidsdelingen som den var, mens sykepleierne så utfordringene som vil komme med økende mangel på fagkompetanse og ressurser og fremhev behovet for å kunne gi helsefagarbeiderne større ansvar.

5.5 Å stå i skvis mellom pårørendes forventninger og de ansattes muligheter til å oppfylle ønskene

Informantene hadde merket økt press og forventninger fra pårørende i takt med at ressursene ble redusert. Forventninger til tjenestene kan komme fra statlige føringer som legger opp til høy standard med kvalitet i omsorgen, aktivitet på sykehjem og at kommunene bør innføre rutiner for forventningsavklaringer som involverer pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020; Helsedirektoratet, 2019a, s. 7; Meld. St. 15 (2017-2018), 2017, s. 10).

Informantene ønsket at pårørende måtte bli bedre forberedt på hva den skjærmede enheten kunne bidra med. Dette gjelder ikke bare innenfor institusjonstjenesten, Øydgard (2018, s. 165) fant i sin studie at tildelere av kommunale tilbud også beskrev pårørende som forventer mer enn tjenesten kan tilby. Demensplan 2025 trekker frem at gode avklaringssamtaler tidlig i forløpet kan være med på å redusere pårørendes forventninger slik at presset på ansatte reduseres. For mine informanter og det Øydgard fant om tildelerne kan det tyde på at forventningene kan avklares på et enda tidligere nivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 17). Høringsuttalelsen fra Helsepersonellkommissjonen er klar på at alle innbyggere i Norge må senke sine forventninger til helse- og omsorgstjenesten i tiden fremover (NOU 2023:4, s. 252). Dette bekrefter det mine informanter ønsket. Videre har kommunene styringsrett over utformingen av helse- og omsorgstjenestene og kan tilrettelegge og informere om hvilke muligheter og tilbud den enkelte kommune har. På kommunalt nivå kan det bety at slike tidlige forventningsavklaringer bør kunne

tas av koordinatore, saksbehandlere eller andre i helse- og omsorgstjenesten før innflytting på sykehjem skjer. Noen steder har avdelingsledere på sykehjem også slike samtaler med pårørende for å forberede pårørende på muligheter. Dette er en måte avdelingsleder kan tilrettelegge for en bedre pårørendeomsorg på institusjonen og en bedre overgangsopplevelse for pårørende på vegne av ansatte.

Informantenes beskrev at det var vanskelig å stå mellom økte krav og reduserte muligheter når pårørende har høyere krav enn det som er mulig å utføre for helsearbeideren, selv om det kunne ligge tett opp til det for eksempel pårørendeveilederen skisserer (Helsedirektoratet, 2019b). I Helsepersonellkommisjonens utredning som er ute til høring blir det påpekt at det vil bli et større gap mellom samfunnets ønsker og krav til tjenestene og reduserte muligheter til å følge opp disse ønskene. Slike prioriteringer er ikke helsepersonellet trent til å gjøre, og det vil være ubehagelig å ta mange av avgjørelsene. Samfunnet bestående av politikere, brukere og pårørende må støtte helsepersonell i de vanskelige avgjørelsene (NOU 2023:4, s. 252). Dette stemmer også overens med en studie der sykepleierne uttalte at det var belastende å være den som prioriterte når ressursene ble begrenset uten klare retningslinjer på hvordan. Studien anbefaler derimot å flytte denne typen beslutninger fra ansattnivå til politikernivå for å redusere stresset dette medfølger (Gautun, 2020, s. 60, 67). Det er ikke alltid mulig å dekke alle pårørendes behov for ansatte på sykehjem. Dette beskrev mine informanter som et press og en utfordring. Ofte løste mange utfordringer seg over tid, men det kunne være belastende å stå i disse samhandlingene over tid. Stort sett ble slike situasjoner løst av ansatte på enhetene med støtte fra avdelingsledelsen.

Eskeland (2017, s. 211) anbefaler at vanskelige konflikter ikke nødvendigvis skal løses på sykehjemsnivå, men heller av andre fagfolk. Av egen erfaring kan koordinatore eller tildere i kommunen være en mulighet som trekkes inn for å vurdere og mekle i saker. Mange pårørende på skjermet enhet har blitt fulgt opp av for eksempel demenskoordinator tidligere. De nyopprettede stillingene som pårørendekoordinatorer kan også være utenforstående helsepersonell med kunnskap om pårørende og demens som kan trekkes inn i slike tilfeller der ekstern veiledning kan være nyttig.

6 Avslutning

6.1 Konklusjon

I denne studien har jeg belyst helsepersonells erfaringer med hvordan tilrettelegging bidrar til samhandling med pårørende. Studien viser at organisering og tilrettelegging påvirker pårørendeomsorgen som gis.

Helsepersonell på skjermede enheter har behov for rutiner i samhandlingen med pårørende som tar høyde for pårørendes ulike behov for informasjon, støtte og omsorg. Hva som er ofte nok kan være individuelt for den enkelte pårørende. Helsepersonellet må samarbeide med pårørende i den enkelte situasjon. Frekvensen i pårørendedialogen varierte på de ulike sykehjemmene, hyppige samtaler ga gode relasjoner og tillit mellom primærkontakt og pårørende.

Det må settes av tid både til de tilfeldige pårørendesamtalene og de planlagte, mer målrettede samtalene. Denne kombinasjonen styrker relasjonen mellom partene. En dårlig samhandlingssituasjon tar lang tid å snu til en god relasjon med gjensidig tillit.

Innkomstsamtaler, primærkontaktsystemet og tavler var rutiner som fremmet pårørendeomsorgen. Innkomstsamtaler ble sett på som viktig av alle informantene. Rutiner ble fulgt i større grad ved tett lederforankring og oppfølging av primærkontaktene. Tavler ga bedre oversikt over oppgaver som ikke var gjort.

Denne studien viste at det var ulikheter i hva informantene tenkte om behovet for kompetanseheving om pårørendekunnskap. Mangel på kompetanse i pårørendeomsorg må ses på som en hemmende faktor for å kunne gi pårørende individuell oppfølging på egne premisser. Helsepersonells behov for kompetanse om pårørendes behov trekkes frem i studier og sentrale føringer. Det er nødvendig med støtte fra kollegaer og ledelse dersom samhandlingen ble utfordrende. Tidspress og ressurser kunne føre til mindre fokus på pårørendearbeid. Gjennom oppgavedeling med kompetanseheving kan oppgavene fordeles bedre mellom yrkesgruppene. Gapet mellom forventninger og muligheter i tjenesten ble sett på som hemmende faktorer for god pårørendeomsorg. Når helsepersonellet føler seg skvist mellom pasienters behov, pårørendes ønsker og det de faktisk har mulighet til å yte blir dette utfordrende for ansatte. Her viste mine funn at deltagerne i studien hadde behov for at forventningsavklaringer skjedde av avdelingsleder eller av annet helsepersonell i kommunens helse- og omsorgstjeneste før innflytting.

Resultatene i studien bekrefter tidligere forskning om at pårørendeomsorg må planlegges og tilrettelegges for at ansatte kan gi pårørende den omsorgen de har behov for. Når rutiner, pårørendekompetanse, tid, ressurser, støtte i kollega og ledelsen er til stede kan den ansatte lettere samhandle med pårørende. For å oppfylle krav om ønsket kvalitet som kommer fra sentrale føringer, veiledere og planer kan det se ut som at tjenestene har noe å jobbe med.

6.2 Implikasjoner for praksis

Kompetanseheving må prioriteres og planlegges av avdelingsledere for å sikre en god kvalitet på eldreomsorgen. Rutiner og avtaler for pårørendeoppfølging bør utarbeides i kommunene og på de skjermede enhetene. Pårørendeavtaler vil kunne fastsette blant annet hyppighet av faste samtaler med pårørende i samarbeid med pårørende. Primærkontakter må få styrket sin kompetanse på kommunikasjon med pårørende og få øvelse i å kommunisere med pårørende.

Ansatte har behov for støtte og oppfølging fra avdelingsleder og kollegaer ved utfordrende pårørendekontakt. Dette er avdelingsleders ansvar å tilrettelegge for muligheter til refleksjon og veiledning. Det må planlegges for en bedre oppgavefordeling i helsevesenet slik at ansvaret for pårørendeomsorgen kan overtas av helsepersonell nærmest pasienten.

Ikke alle utfordringer kan løses av ansatte på skjermet enhet. Pårørendekoordinatorer er en relativt ny stilling i kommunene som kan ha oppgaver knyttet til slike fastlåste situasjoner og skape en helhetlig pårørendeoppfølging i den enkelte kommunen.

6.3 Behov for videre forskning

Denne studien har belyst viktig spørsmål, men den har vist meg at det er mange temaer som det bør forskes videre på. Det beskrives i statlige føringer, stortingsmeldinger og fagveiledere at jevnlig pårørendekontakt er ønsket. Men hva er egentlig jevnlig og nok kontakt? Det planlegges å få på plass systematiske pårørendeavtaler i løpet av året. Hva vil disse inneholde og hvordan blir de fleksible nok til å romme både pårørende med store og små behov? I tillegg vil det vært spennende å se på hvordan slike avtaler påvirker pårørendesamarbeidet. Videre kan det stilles spørsmål om hvilke type kompetansebygging som er gjennomførbart i et hektisk helsevesen og hvordan motivere ansatte til stadige endringer i form av økende kompetansekrav og endrede arbeidsformer. Den økende bruken av e-læring i forbindelse med pandemien og i tiden etterpå kan kanskje med fordel

ses nærmere på, om den gir reell kompetanseheving, eller om kun fungerer som en enkel metode for å nå ut til mange. Noe som ikke ble diskutert i denne studien er økonomisk kompensasjon til ansatte for kompetanseheving på fritid. Her finnes mange ulike strategier, som kan diskuteres og studeres effekten av. Et annet tema som jeg har fått mer interesse for er hvordan det er for helsepersonellet å stå i de utfordrende samhandlingssituasjonene og hva gjør det med dem å stå i den skvisen mellom ønsker og reelle muligheter? Med en fremtid der de faglige ressursene og tiden blir knappere bør det ses nærmere på hvordan hjelp av pårørende og frivillige kan løses. Hvem kan og skal gjøre hva på en skjermet enhet av ansatte, frivillige og pårørende.

7 Referanser/litteraturliste

- Adlbrecht, L., Bartholomeyczik, S. & Mayer, H. (2021). Mechanisms of impact and contextual aspects of a dementia special care unit in long-term care: a process evaluation. *BMC geriatrics*, 20(21), 1-20. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02637-5>
- Al-Janabi, H., Carmichael, F. & Oyebo, J. (2018). Informal care: choice or constraint? *Scandinavian journal of Caring Science*, 32(1), 157-167. <https://doi.org/10.1111/scs.12441>
- Aldring og Helse. (2020). *Demenskartet 2020*. Aldring og Helse. Hentet 06.12.21 fra <https://demenskartet.no/#>
- Backhaus, R., Hoek, L. J. M., de Vries, E., van Haastregt, J. C. M., Hamers, J. P. H. & Verbeek, H. (2020). Interventions to foster family inclusion in nursing homes for people with dementia: a systematic review. *BMC geriatrics*, 20(1), 434-434. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01836-w>
- Barken, R. & Lowndes, R. (2018). Supporting Family Involvement in Long-Term Residential Care: Promising Practices for Relational Care. *Qualitative Health Research*, 28(1), 60-72. <https://doi.org/10.1177/1049732317730568>
- Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L. & Chenco, C. (2014). Staff–Family Relationships in Residential Aged Care Facilities: The Views of Residents’ Family Members and Care Staff. *Journal of applied gerontology*, 33(5), 564-585. <https://doi.org/10.1177/0733464812468503>
- Berge, H. & Eilertsen, G. (2020). Beholde og rekruttere sykepleiere til sykehjem, en kvalitativ studie av avdelingsykepleieres erfaringer. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 16(1), 21. <https://doi.org/10.7557/14.4648>
- Brenden, T. K., Storheil, A. J., Grov, E. K. & Ytrehus, S. (2011). Kompetanseutvikling i sykehjem; ansattes perspektiv. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 7(1), 61. <https://doi.org/10.7557/14.1827>
- Brodtkorb, K. & Hauge, S. (2022). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk Sykepleie* (3. utg., s. 261-279). Gyldendal akademisk.
- Brodtkorb, K., Skaar, R. & Slettebø, Å. (2019). The importance of leadership in innovation processes in nursing homes: An integrative review. *Nordic journal of nursing research*, 39(3), 127-136. <https://doi.org/10.1177/2057158519828140>
- Brodtkorb, K., Skaar, R. & Slettebø, Å. (2021). Samhandling for gode pasientforløp i korttidsavdeling på sykehjem. *Sykepleien forskning (Oslo)*, (83308), e-83308. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2021.83308>
- Christiansen, B., Carlsten, T. C. & Jensen, K. (2009). Fagutviklingsykepleieren som brobygger mellom forskning og klinisk praksis. <https://sykepleien.no/forskning/2009/06/fagutviklingsykepleieren-som-brobygger-mellom-forskning-og-klinisk-praksis>
- Cranley, L. A., Slaughter, S. E., Caspar, S., Heisey, M., Huang, M., Killackey, T. & McGilton, K. S. (2020). Strategies to facilitate shared decision-making in long-term care. *International Journal of Older People Nursing*, 1. <https://doi.org/10.1111/opn.12314>
- Crespo, M., Hornillos, C. & Gómez, M. M. (2013). Dementia special care units: a comparison with standard units regarding residents’ profile and care features. *International psychogeriatrics*, 25(12), 2023-2031. <https://doi.org/10.1017/S1041610213001439>

- Deilkås, E. C. T. & Bondevik, G. T. (2020). Pasientsikkerhetskultur og koronapandemien – nye muligheter for trygghet og samarbeid i norsk helse- og omsorgstjeneste. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6(1), 1-8. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-01-07>
- Devik, S. A. & Olsen, R. M. (2022). *Oppgaveglidning i omsorgstjenestene - En hurtigoversikt over forskningslitteratur* (29). Senter for omsorgsforskning. <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2995762>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Eika, M. (2017). *The transition of older residents into long-term care placement in rural Norway : the perspectives of next of kin and staff* [Doktoravhandling, Trondheim]. Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Medicine and Health Sciences. https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2450634/Marianne%20Eika_PhD.pdf?sequence=1
- Eika, M., Dale, B., Espnes, G. A. & Hvalvik, S. (2015). Nursing staff interactions during the older residents' transition into long-term care facility in a nursing home in rural Norway: An ethnographic study. *BMC Health Services Research*, 15(1), 125-125. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0818-z>
- Eika, M., Espnes, G. A., Söderhamn, O. & Hvalvik, S. (2014). Experiences faced by next of kin during their older family members' transition into long-term care in a Norwegian nursing home. *Journal of Clinical Nursing*, 23(15-16), 2186-2195. <https://doi.org/10.1111/jocn.12491>
- Eiring, Ø., Pedersen, M. S., Borgen, K. & Jamtvedt, G. (2010). *Prosedyrearbeid – meningsløst mangfold?* (978-82-8121-327-2). (The making of clinical procedures – meaningless diversity?, Issue. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018a). Demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 14-28). Forlaget aldring og helse - akademisk.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018b). Kognitive symptomer. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens - sykdommer, diagnoser, diagnostikk og behandling* (s. 29-41). Forlaget aldring og helse - akademisk.
- Eskeland, K. O. (2017). *Alderspsykiatri og omsorgsarbeid*. Cappelen Damm akademisk.
- Finbråthen, H. S., Romedal, S., Borge, C. R. & Eie, A. (2023). Helsekompetanse i pasient- og pårørendeopplæring- en tematisk analyse. *Sykepleien Forskning*, 18, 91893. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2023.91893>
- Folkehelseinstituttet. (2022). *Demens*. Hentet 28.7.22 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Gallego-Alberto, L., Smaling, H. J., Francke, A. L., van de Brug, T., van der Steen, J. T. & Joling, K. J. (2022). The relationship between guilt feelings, conflicts with staff and satisfaction with care in relatives of nursing home residents with dementia: A longitudinal analysis. *Dementia*, 21(1), 5-20. <https://doi.org/10.1177/14713012211024015>
- Gautun, H. (2020). *En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien* (978-82-7894-751-7). NOVA, OsloMet. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/6417/NOVA-Rapport-14-20%20.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Gotaas, N., Monkerud, L. C. & Zeiner, H. H. (2020). *Samarbeid mellom pårørende og helse- og omsorgstjenesten*. Oslomet. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/6517/2020-26.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Greenhalgh, T. (2008). Role of routines in collaborative work in healthcare organisations. *BMJ*, 337(7681), 1269-1271. <https://doi.org/10.1136/bmj.a2448>

- Groenvynck, L., de Boer, B., Beaulen, A., de Vries, E., Hamers, J. P. H., van Achterberg, T., van Rossum, E., Khemai, C., Meijers, J. M. M. & Verbeek, H. (2022). The paradoxes experienced by informal caregivers of people with dementia during the transition from home to a nursing home. *Age and ageing*, 51(2). <https://doi.org/10.1093/ageing/afab241>
- Groenvynck, L., Fakha, A., de Boer, B., Hamers, J. P. H., van Achterberg, T., van Rossum, E., Verbeek, H. & Heyn, P. C. (2022). Interventions to Improve the Transition From Home to a Nursing Home: A Scoping Review. *The Gerontologist*, e369-e383. <https://doi.org/10.1093/geront/gnab036>
- Haesler, E., Bauer, M. & Nay, R. (2010). Recent evidence on the development and maintenance of constructive staff-family relationships in the care of older people--a report on a systematic review update. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 8(2), 45-74. <https://doi.org/10.1111/j.1479-6988.2010.00165.x>
- Hanssen, H. & Sommerseth, R. (2015). Den familiære relasjonens betydning for pårørendes behov i møte med helsetjenesten. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 10(2), 62-75. <https://doi.org/10.7557/14.3323>
- Hellesø, R. & Opheim, R. (2023). *Samhandling i helsetenesta: sjukepleiarens faglege og organisatoriske rolle*. Samlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1988). *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Omsorg 2020: regjeringen plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbe9cb7/omsorg_2020.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Demensplan 2025*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). *Kompetanseløft 2025*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d9861c8a33dc4b2291a8a41d1ecfdc78/kompetanseloft-2025-2.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022a). *Lov om helsepersonell m.v (helsepersonelloven)* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022b). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm (helse- og omsorgstjenesteloven)*. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_3#%C2%A73-2a
- Helsedirektoratet. (2017). *Videreutdanning for sykepleiere- Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivarettatt i fremtiden?* https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/videreutdanning-for-sykepleiere/Videreutdanning%20for%20sykepleiere.pdf/_attachment/inline/f6cf737a-6645-46fc-abab-a11bc3df0d8f:68b231a9abb4b8548a0d7f4d81e7ff0e973e1238/Videreutdanning%20for%20sykepleiere.pdf
- Helsedirektoratet. (2018a). *Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- Helsedirektoratet. (2018b). *Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud til personer med demens 2018*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonal-kartlegging-av-tilbudet-til-personer-med-demens>

- Helsedirektoratet. (2019a). *Nasjonal faglig retningslinje for demens*. Helsedirektoratet. Hentet 03.01.20 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
- Helsedirektoratet. (2019b). *Pårørendeveileder Nasjonal veileder*. Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>
- Helsedirektoratet. (2022a). *Brukermedvirkning*. Helsedirektoratet. Hentet 03.03.2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
- Helsedirektoratet. (2022b). *Helsepersonelloven med kommentarer*. Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-organisering-og-virksomhet#paragraf-16-organisering-av-virksomhet-som-yter-helse-og-omsorgstjenester>
- Helvik, A.-S., Engedal, K., Wu, B., Benth, J. Š., Corazzini, K., Røen, I. & Selbæk, G. (2016). Severity of Neuropsychiatric Symptoms in Nursing Home Residents. *Dementia Geriatric and Cognitive Disorders Extra*, 6(1), 28-42. <https://doi.org/10.1159/000442250>
- Hoek, L. J. M., van Haastregt, J. C. M., de Vries, E., Backhaus, R., Hamers, J. P. H. & Verbeek, H. (2021). Partnerships in nursing homes: How do family caregivers of residents with dementia perceive collaboration with staff? *Dementia (London, England)*, 20(5), 1631-1648. <https://doi.org/10.1177/1471301220962235>
- Hopøy, A.-C., Bakken, L. N. & Bing-Jonsson, P. C. (2020). En kartlegging av klinisk vurderingskompetanse hos helsepersonell i sykehjem: en pilotstudie. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.83096>
- Ingstad, K. (2019). *Organisasjon og ledelse i helsefag og sykepleie*. Gyldendal.
- Jakobsen, R. & Homelien, S. (2011). *Pårørende til personer med demens*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Kelley, L. S. & Lakin, J. A. (2010). Role supplementation as a nursing intervention for Alzheimer's disease: A case study. I A. I. Meleis (Red.), *Transitions Theory*. Springer publishing company.
- Kirkevold, Ø. (2018). Å forstå nevropsykiatriske symptomer. I K. Engedal, P. K. Haugen & A. Brækhus (Red.), *Demens : sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 260-276). Forlaget aldring og helse akademisk.
- KS. (2023). *Kompetanse og rekruttering*. Kommunenes sentralforbund. Hentet 07.04.2023 fra <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lai, L. (2021). *Strategisk kompetanseledelse* (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Law, K., Patterson, T. G. & Muers, J. (2017). Staff Factors Contributing to Family Satisfaction with Long-Term Dementia Care: A Systematic Review of the Literature. *Clinical Gerontologist*, 40(5), 326-351. <https://doi.org/10.1080/07317115.2016.1260082>
- Leseth, A. B. & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* (2. utg.). Universitetsforlaget. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-2898-2018-03-04-13>
- Lichtwarck, B., Myhre, J., Goyal, A. R., Rokstad, A. M. M., Selbaek, G., Kirkevold, Ø. & Bergh, S. (2019). Experiences of nursing home staff using the targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms (TIME) - a qualitative study. *Aging & Mental Health*, 23(8), 966-975. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1464116>
- Ludvigsen, K. & Danielsen, H. (2014). *Ny oppgavefordeling mellom personellgrupper i helse- og omsorgssektoren: veien å gå for å sikre framtidens velferdstjenester?* (2). Uni Research Rokkansenteret. <https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/11250/2627894/Rapport%202014%20Ludvigsen%20og%20Danielsen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget. <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>
- McCormack, B., McCance, T. & Dewing, J. (2021). The Person-Centred Nursing Frameworks. I *Person-centred nursing research : methodology, methods and outcomes* (s. 13-27). Springer. <https://link-springer-com.ezproxy1.usn.no/book/10.1007/978-3-030-27868-7>
- Melby, L., Gunnes, M., Haukelien, H. & Obstfelder, A. U. (2022). *Frigjøring av sykepleierkapasitet gjennom ny ansvars-/oppgavedeling og bruk av teknologi* (978-82-14-07555-7). SINTEF. <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/handle/11250/3018534>
- Meld. St. 15 (2017-2018). (2017). *Leve hele livet- en kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/?ch=1>
- Meld. St. 19 (2018-2019). (2019). *Folkehelsemeldinga — Gode liv i eit trygt samfunn* (Meld. St. 19 (2018–2019)). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/sec7>
- Meld. St. 29 (2012-2013). (2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/?ch=1>
- Meleis, A. I. (2010). Role insufficiency and role supplementation: a conceptual framework. I A. I. Meleis (Red.), *Transition Theory*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O. & Schumacher, K. L. (2010). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. I A. I. Meleis (Red.), *Transitions theory Middle Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (s. 51-65). Springer Publishing Company.
- Meyer, S. E., Eidskrem, H., Nygård, B. E. & Bing-Jonsson, P. C. (2022). KNIPS-sløyfen: Sykepleiere og ledere kartla kompetansebehov i kommunene. *Sykepleien forskning (Oslo)*, (90337), e-90337. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.90337>
- Myrvang, T. & Rokstad, A. M. M. (2022). Simulering og ferdighetstrening kombinert med bruk av systematiske verktøy i sykehjem – en kvalitativ studie av sykepleieres erfaringer. *Nordisk sykeplejeforskning*, 12(2), 1-14. <https://doi.org/10.18261/nsf.12.2.1>
- Mæland, M. J., Joa, I. & Testad, I. (2013). Agitasjon og funksjon i stell. Førekost og sammenheng hos personar med demens. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 8(3), 232-240. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0092>
- Nakrem, S. & Hynne, A. B. (2017). Pårørende en betinget ressurs? En kvalitativ studie av pårørende til langtidsbeboeres i sykehjem sine erfaringer av egen rolle. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(3), 164-175. <https://doi.org/https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-03-02>
- Norheim, A. & Sommerseth, R. (2014). Forutsetninger for pårørendeinvolvering i sykehjemstjenesten. *Vård i Norden*, 34(3), 9-13. <https://doi.org/10.1177/010740831403400303>
- NOU 2011:17. (2011). *Når sant skal sies om pårørend omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/405c4c2d84704979a84027741d237338/no/pdfs/nou201120110017000dddpdfs.pdf>
- NOU 2023:4. (2023). *Tid for handling personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>
- Nylenna, M. (2018). Veileder, retningslinje, prosedyre. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 2. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0737>

- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Pedersen, S., Halvorsen, C. A. & Kjelsaas, I. (2022). *Kommunale helse- og omsorgslederes holdninger til pårørendeinnsats* (Menon-publikasjon nr 76/2022, Issue. <https://www.menon.no/wp-content/uploads/2022-76-Kommunale-helse-og-omsorgslederes-holdninger-til-paerørendeinnsats.pdf>)
- Phelan, A., McCormack, B., Dewing, J., Brown, D., Cardiff, S., Cook, N., Dickson, C., Kmete, S., Lorber, M., Magowan, R., McCance, T., Skovdahl, K., Štiglic, G. & van Lieshout, F. (2020). Review of developments in person-centred healthcare. *International practice development journal*, 10(Suppl2), 1-29. <https://doi.org/10.19043/ipdj.10Suppl2.003>
- Regjeringen. (2020). *Vi – de pårørende: Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-paerørende.pdf>
- Regjeringen. (2021). *Hurdalsplattformen*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/hurdalsplattformen/id2877252/>
- Regjeringen. (2022). *Oppdragsbrev- videreutvikle pårørendeavtaler*. Helse- og omsorgsdepartementet. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d8f63d7d01d64def982cb7c8ce1eeb64/oppdrag-sbrev-til-helsedirektoratet-2022-videreutvikle-verktoyet-paerørendeavtaler.pdf>
- Rognstad, M.-K., Sagbakken, M. & Nåden, D. (2015). Pårørendes rolle som ressurs og samarbeidspartner: En studie med fokus på pårørende til pasienter med demenssykdom i sykehjem: Family members' role as resources and collaborating partners: A study focusing on dementia and long-term stay in a nursing home. *Nordic journal of nursing research*, 35(1), 57-64. <https://doi.org/10.1177/0107408314560478>
- Rummelhoff, G. R., Lislud Smebye, K. & Tombre, B. (2016). Gir individuell omsorg. *Sykepleien forskning (Oslo)*, (8), 48. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.58391>
- Røen, I., Kirkevold, Ø., Testad, I., Selbæk, G., Engedal, K. & Bergh, S. (2018). Person-centered care in Norwegian nursing homes and its relation to organizational factors and staff characteristics: a cross-sectional survey. *International psychogeriatrics*, 30(9), 1279-1290. <https://doi.org/10.1017/S1041610217002708>
- Røhne, M. & Grut, L. (2021). *DigiPAS: Digitale tavleløsninger for økt kvalitet, bedre pasientsikkerhet og effektiv ressursbruk i kommunehelsetjenesten Erfaringer fra fem norske kommuner*. SINTEF. <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmliui/handle/11250/2831575>
- Schumacher, K. L. & Meleis, A. I. (2010). Transitions: a central concept of nursing. I A. I. Meleis (Red.), *Transitions theory* (s. 38-51). Springer Publisher Company.
- Selbæk, G. (2018). Nevropsykiatriske symptomer ved demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens - sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 246-259). Aldring og Helse.
- Skjellanger, A.-G. (2015). *Tavlemøter*. Pasientsikkerhetsprogrammet.no. <https://www.itryggehender24-7.no/kvalitetsforbedring/verktøy/forbedringstavle>
- Solbakken, R., Bondas, T. E. & Kasén, A. (2020). First-Line Nurse Managers' Challenges at the Crossroads of Norwegian Health Care Reforms. *Nursing administration Quarterly*, 44(3), 205-214. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000420>
- Solheim, K. (2020). *Demensguiden: holdninger og handlinger i demensomsorgen* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Surr, C. A., Gates, C., Irving, D., Oyebode, J., Smith, S. J., Parveen, S., Drury, M. & Dennison, A. (2017). Effective Dementia Education and Training for the Health and Social Care Workforce: A Systematic Review of the Literature. *Review of Educational Research*, 87(5), 966-1002. <https://doi.org/10.3102/0034654317723305>

- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Thompson, G., Hack, T., Rodger, K., St. John, P., Chochinov, H. & McClement, S. (2021). Clarifying the information and support needs of family caregivers of nursing home residents with advancing dementia. *Dementia (London)*, 20(4), 1250-1269.
<https://doi.org/10.1177/1471301220927617>
- Thoresen, L., Rugseth, G. & Bondevik, H. (2020). *Fenomenologi i helsefaglig forskning*. Universitetsforlaget.
- Tingvoll, W.-A., Sæterstrand, T. M. & McClusky, L. M. (2016). The challenges of primary health care nurse leaders in the wake of New Health Care Reform in Norway.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12912-016-0187-x>
- Ugreninov, E., Vedeler, J. S., Heggebø, K. & Gjevjon, E. R. (2017). *Konsekvenser av sykepleiermangel i kommunene fra et pasient- og pårørendeperspektiv* (7). Oslo Metropolitan University - OsloMet: NOVA. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/20.500.12199/5118>
- Utleigh-Smith, Q., Colón-Emeric, C. S., Lekan-Rutledge, D., Ammarell, N., Bailey, D., Corazzini, K., Piven, M. L. & Anderson, R. A. (2009). Staff perceptions of staff-family interactions in nursing homes. *Journal of Aging Studies*, 23(3), 168-177.
<https://doi.org/10.1016/j.jaging.2007.11.003>
- Westerberg, T. H., Tretteteig, S., Fossberg, M. & Engebretsen, A. (2010). *Tilrettelagte boligtilbud for personer med demens: nasjonal kartlegging 2008*. Aldring og Helse,.
- Øydgard, G. W. (2018). *Forhandlinger i omsorg. En institusjonell etnografi om pårørendes omsorgsarbeid og tilgang til helse- og omsorgstjenester* [Doktorgradsavhandling, Nord Universitet,]. Orla. <https://nordopen.nord.no/nord-xmlui/handle/11250/2559229>
- Aase, K. (2022). *Pasientsikkerhet*. Universitetsforlaget.
- Aasgaard, H. S., Ytrehus, S. & Landmark, B. T. (2010). *Hvordan kan bolig- og tjenestetilbud tilrettelegges for å ivareta sosiale behov til personer med demens?: en evalueringsstudie av skjermet enhet*. Høgskolen i Buskerud.

8 Vedlegg

Vedlegg 1 Fremdriftsplan

| Oppgaver/måned | 2021 | | 2022 | | | | | | | |
|---------------------------------|------|-----|------|------|------|-------|----------|------------|-----|-----|
| | Nov | Des | Jan. | Feb. | Mars | April | Mai-Aug. | Sept.-okt. | Nov | Des |
| Lederkontakt og informantarbeid | x | x | x | x | x | | | | | |
| Informantkontakt | | | | x | x | | | | | |
| Kunnskapsinnhenting | x | x | x | x | x | x | x | x | x | |
| Økning av metodekunnskap | x | x | x | | | | | | | |
| Dokumentasjon/logg/Skriving | x | x | x | x | x | x | x | x | x | |
| Bearbeide/send NSD-søknad | x | x | x | | | | | | | |
| Intervjuguide/samtykkeskjema | x | x | x | x | x | x | | | | |
| Intervjutidspunkt og intervju | | | | | x | x | x | | | |
| Transkribering | | | | | x | x | x | | | |
| Analyser | | | | | | x | x | x | | |
| Resultat vs teori | | | | | | | x | x | | |
| Diskusjonsdel | | | | | | | | x | | |
| Innledning | | | | | | | | | x | x |
| Avslutning | | | | | | | | | x | x |
| Finpuss/korrektur | | | | | | | | | x | x |

Tidsplanen tar utgangspunkt innlevering i januar 2023.

Vedlegg 2 Meldeskjema

Referansenummer

864578

8.1.1.1 Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Adresse eller telefonnummer
- Lydopptak av personer
- Bakgrunnsopplysninger som vil kunne identifisere en person

Beskriv hvilke bakgrunnsopplysninger du skal behandle

Det vil bli spurt om bakgrunnsinformasjon om jobberfaring, yrkesrolle, videreutdanning, stillingsstørrelse. Navn og telefonnummer må innhentes for å kunne oppnå kontakt

8.1.1.2 Prosjektinformasjon

Prosjekttittel

Helsepersonells erfaringer med samhandling med pårørende til personer med demens på skjermet enhet på sykehjem

Prosjektbeskrivelse

Prosjektet studerer helsepersonells erfaringer med samhandling med pårørende. Formålet med studien er å undersøke hvordan erfarer helsefagarbeidere, sykepleiere og vernepleiere samhandlingen med pårørende til personer med demens på skjermet enhet på sykehjem? Hva fremmer og hemmer god samhandling? Hvilke faktorer påvirker mulighetene i praksis. Har de erfaringer med rutiner og prosedyrer i praksis. Hva skal til for å få samarbeidet mellom partene til å fungere. Studien søker kunnskap om hva som må til for å få til god pårørendeomsorg. Semistrukturerte intervju og kvalitativ analyse av 8 frivillige helsepersonell, sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere er informantene som intervjues til studien. Åpne intervju spørsmål belyser temaet. Intervjuopptak transkriberes og anonymiseres. Behandles etter USN sine retningslinjer. Resultatet vil bli en masteroppgave og kan bli artikkel, foredrag, undervisningsopplegg i etterkant for kvalitetsforbedring i praksis.

Dersom personopplysningene skal behandles til andre formål enn behandlingen for dette prosjektet, beskriv hvilke

Det kan bli aktuelt å skrive en fag eller vitenskapelig artikkel i ettertid. Det vil kunne danne grunnlag for kvalitetsforbedringsarbeid på sykehjem. Men vil bli behandlet med anonymitet og høflighet.

Begrunn hvorfor det er nødvendig å behandle personopplysningene

Det må kunne samles inn data om yrkestilhørighet og bakgrunnsinformasjon for å ha kontakt med informanter og for å kunne oppnå større forståelse om temaet.

Prosjektbeskrivelse
Ekstern finansiering
Ikke utfyllt
Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Tone Hotvedt, tonehotvedt@gmail.com, tlf: 90993874

8.1.1.3 Behandlingsansvar

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Marianne Eika, marianne.eika@usn.no, tlf: 97143576

Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?

Nei

8.1.1.4 Utvalg 1

Beskriv utvalget

Utvalget vil bestå ca. 8 helsepersonell fra 2 kommuner som oppfyller krav: Ansatte med kontakt med pårørende til pasienter på skjermet enhet på sykehjem, med langtidsplass der pasient ikke har flyttet inn på enheten det siste året.

Beskriv hvordan rekruttering eller trekking av utvalget skjer

Rekruttering vil skje gjennom ledere som gir forsker kontakt med ansatte som oppfyller kriteriene.

Alder

25 - 65

Personopplysninger for utvalg 1

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Adresse eller telefonnummer
- Lydopptak av personer
- Bakgrunnsopplysninger som vil kunne identifisere en person

8.1.1.5 *Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?*

8.1.1.6 *Personlig intervju*

Vedlegg

Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

8.1.1.7 *Informasjon for utvalg 1*

Informerer du utvalget om behandlingen av personopplysningene?

Ja

Hvordan?

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

Informasjonsskriv

8.1.1.8 *Tredjepersoner*

Skal du behandle personopplysninger om tredjepersoner?

Nei

8.1.1.9 *Dokumentasjon*

Hvordan dokumenteres samtykkene?

- Manuelt (papir)
- Muntlig

Beskriv

Det innhentes skriftlig samtykke på forhånd som gjentas muntlig i starten av intervjuet

Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Ved å kontakte student eller veileder

Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet personopplysninger om seg selv?

De registrerte kan få innsyn, rettet eller slettet opplysninger om seg selv ved å ta kontakt med studentene eller veileder.

Totalt antall registrerte i prosjektet

1-99

8.1.1.10 Tillatelser

Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?

Ikke utfyllt

8.1.1.11 Behandling

Hvor behandles personopplysningene?

- Maskinvare tilhørende behandlingsansvarlig institusjon
- Ekstern tjeneste eller nettverk (databehandler)
- Mobile enheter tilhørende behandlingsansvarlig institusjon

Hvem behandler/har tilgang til personopplysningene?

- Prosjektansvarlig
- Student (studentprosjekt)
- Databehandler

Hvilken databehandler har tilgang til personopplysningene?

Det tas i bruk USN sine databehandlertjenester, USNsafe, og USN sitt system for sikker lagring og behandling av opplysninger. UIO diktafonapp blir benyttet i tråd med avtaler inngått av UIO og USN. Masteroppgaven skrives på en privat laptop men kun i henhold til USN sine regler for behandling av sensitiv informasjon.

Tilgjengeliggjøres personopplysningene utenfor EU/EØS til en tredjestat eller internasjonal organisasjon?

Nei

8.1.1.12 Sikkerhet

Oppbevares personopplysningene atskilt fra øvrige data (koblingsnøkkel)?

Ja

Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

- Personopplysningene anonymiseres fortløpende
- Flerfaktorautentisering
- Adgangsbegrensning
- Adgangslogg

8.1.1.13 Varighet

Prosjektperiode

01.01.2022 - 31.12.2023

Hva skjer med dataene ved prosjektslutt?

Data anonymiseres (sletter/omskriver personopplysningene)

Hvilke anonymiseringstiltak vil bli foretatt?

- Lyd- eller bildeopptak slettes
- Personidentifiserbare opplysninger fjernes, omskrives eller grovkategoriseres
- Koblingsnøkkelen slettes

Vil de registrerte kunne identifiseres (direkte eller indirekte) i oppgave/avhandling/øvrige publikasjoner fra prosjektet?

Nei

8.1.1.14 Tilleggsopplysninger

Dersom det er behov for kryptering av informasjon gjøres dette etter USN sine retningslinjer.

Vedlegg 3 Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

864578

Vurderingstype

Standard

Dato

30.01.2023

Prosjekttittel

Helsepersonells erfaringer med samhandling med pårørende til personer med demens på skjermet enhet på sykehjem

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag

Prosjektansvarlig

Marianne Eika

Student

Tone Hotvedt

Prosjektperiode

01.01.2022 - 31.12.2023

Kategorier personopplysninger

- Alminnelige

Lovlig grunnlag

- Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.12.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

Personverntjenester har vurdert endringen i prosjektsluttdato. Vi har nå registrert 31.12.2023 som ny sluttdato for behandling av personopplysninger. Hvis det blir nødvendig å behandle personopplysninger enda lengre, så kan det være nødvendig å informere prosjektdeltakerne. Vi vil

følge opp ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Vedlegg 4 informasjonsskriv til deltagere

Vil du delta i forskningsprosjektet

Helsepersonells erfaring med samhandling med pårørende til personer med demens på sykehjem?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse erfaringer helsepersonell har knyttet til samhandling med pårørende.

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Gjennom intervjuer med helsepersonell som jobber på skjermet enhet ønsker vi å få kunnskap om hva sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere erfarer i samhandling med pårørende til personer med demens.

Studien ønsker å undersøke hva som påvirker samhandlingen mellom deg og pårørende. Samhandling ses som samspillet mellom to eller flere personer, for eksempel ansatt og pårørende. Prosedyrer, verdier, holdninger, relasjonelle, praktisk eller annet kan påvirke vår samhandling. Kontakten mellom ansatt og pårørende skjer vekselvis og inneholder både kommunikasjon og handlinger. Samarbeid er de oppgaverrelaterte aktiviteter som utøves i praksis som del av den langvarige samhandlingen gjennom den fasen i den perioden som vi ønsker å se nærmere på, tiden mellom innflyttingsfasen og den palliative fasen.

Gjennom studien håper vi å kunne bedre pårørendeomsorgen på sykehjem.

Dette er masteroppgaven til Tone Hotvedt som avslutter master i klinisk geriatrik helsearbeid ved universitetet i Sørøst-Norge. Intervjuene vil bli anonymisert og sammenfattet til resultater i en analyse og bli del av masteroppgaven. Kunnskapen fra masteroppgaven kan bli videreført til utforming av kvalitetsforbedrende rutiner, undervisning til faggrupper og pårørende, og eventuelt en fagartikkel i et tidsskrift. Resultater fra studien bli brukt på en respektfull og anonymisert måte.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Sørøst-Norge er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du er spurt om deltagelse fordi du jobber med personer med demens på skjermet enhet i din kommune. Vi har ønsket å intervju sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere med erfaring med pårørende, som har arbeidet med dette i et par år. Vi har fått kontakt med deg via leder i kommunen din.

Hva innebærer det for deg å delta?

Studenten ønsker å intervju deg i ca. 45-60 minutter, det tas lydopptak som sikres og oppbevares på en forsvarlig måte på USN sitt datasystem.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller velger å trekke deg. Ingenting av det du sier vil bli gitt videre til arbeidsgiver eller andre. Vi har med ansatte i flere kommuner slik at resultatene i etterkant ikke kan føres tilbake til kun en kommune og arbeidsplass.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun Tone Hotvedt og veileder Marianne Eika som vil ha tilgang til opplysningene dine, Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data», lagre datamaterialet på forskningsserver, opptaker er kryptert og sikret etter USN sine retningslinjer. Ved publisering i etterkant vil det ikke være mulig å spore opplysninger om deg tilbake til deg. Deltagere vil bli anonymisert som «helsearbeider» i stor/middels/liten kommune

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er ved mastergradsavslutning og ca. et år frem i tid, ca. Juni 2023. Etter prosjektslutt vil opplysninger og opptak bli slettet.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Sørøst-Norge har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Sørøst Norge ved Marianne Eika
- Vårt personvernombud: Paal Are Solberg

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på

telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Marianne Eika Tone Hotvedt Forsker/veileder Student

-

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet: sykepleieres erfaring med samhandling med pårørende til personer med demens på sykehjem og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i intervju med opptak til studentarbeid og masteroppgave for studenten
- at mine personopplysninger lagres etter prosjektslutt, kun frem til fagartikkel er publisert Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 5 Intervjuguide

Intervjuguide:

Hvordan erfarer helsepersonell samhandling med pårørende til personer med demens på skjermet enhet på sykehjem?

- Hva fremmer og hemmer samhandlingen sett fra helsepersonells perspektiv?
- Hvilke erfaringer har helsepersonell med å forholde seg til pårørendes behov for informasjon, støtte og omsorg?
- Hvilke erfaringer har helsepersonell med rutiner og opplæring for pårørendeomsorg som fungerer?

Du har levert inn et skriftlig samtykke på deltagelse, er det noe du lurer på før vi starter?

Vi skal snakke om erfaringer knyttet til samhandling og samarbeid med pårørende i den fasen som er mellom innflytting og terminal fasene

Jeg ønsker litt informasjon først, så går vi over til selve intervjuet:

| | |
|---|---|
| <i>Bakgrunnsinformasjon:</i> Kort om sykehjemmet, antall pasienter, inndelinger Hvilken utdanning har du? Hvor lenge har du jobbet på skjermet enhet? Har du noen videreutdanninger? Hva slags rolle har du på posten? Pårørendekontakt? | Mine oppfølgingsspm/notater ved behov |
| <i>Studierelaterte</i> | |
| Har dere noen gode metoder for opplæring og rutiner som styrker det gode pårørendearbeidet på enheten | Påvirkes det av det dere gjør i innflyttingen? Hvordan samarbeider og bygger dere kunnskap innad om å hjelpe pårørende? Dere starter ved innkøst, men i den neste fasen hvordan bygger dere videre på det dere har gjort? |

| | |
|--|---|
| | |
| Kan du beskrive din kontakt med pårørende? | Er det noe forskjell i ulike pårørendetyper? Hvordan starter kontakten med pårørende? |
| Har du noen eksempler på samhandling med pårørende? | Og hva tror du påvirket samhandlingen i det eksempelet? |
| Har du noen spesielt gode erfaringer? | Hva gjorde det med deg? Hva lærte det deg? Justerer du deg underveis? Tror du det ble påvirket av noe i tidligere fase? Påvirket det senere faser? Har dere fokus på dette på sykehjemmet? |
| Har du noen spesielt dårlige erfaringer? | Hva gjorde det med deg? |
| har du erfaringer med å rette opp samarbeid med pårørende som har gått i negativ retning? | Kan det komme av at andre kollegaer har vært involvert før deg? Fikk du noen oppfølging/veiledning av andre? |
| Har du hatt erfaringer der noe annet enn personell og sykehjem har gitt utfordringer i samarbeidet? | Kan samhandlingen påvirkes av ytre faktorer? Av noe som ikke gjelder deg som person eller pårørende, men rundt dere |
| Hva tror du helsepersonell trenger i fremtiden for å kunne gi god pårørendeomsorg? | Kunnskap, støtte, ledelse, struktur rundt? |
| Er det noe mer du synes er viktig for å kunne gi god pårørendeomsorg som vi ikke har snakket om | |

Oppsummering av samtalens temaer, presiseringer

Vedlegg 6 Søkelogg

| Dato for søk | Database (eks. Oria, ERIC) | Søkeord med kombinasjonsord (eks. AND kobler sammen søkeord og begrenser antall treff, OR brukes mellom alternative søkeord og utvider antall treff) | Avgrensninger (eks. språk, publiseringsår, peer reviewed/ fagfelleverdert) | Antall treff (etter at ordene er kombinert) | Kommentarer/ Notater |
|--------------|----------------------------|--|--|---|--|
| Nov-21 | Cinahl | Dementia Nursing home Next of kin | 2010-2021 | 49551 | Johannesen et al 2017 Norheim & Sommerseth |
| Jan-22 | | Dementia AND Nursing home AND Next of kin | | 25061 | |
| | | Spouses Spouses AND nursing home Professional-family relations | | 39045 | |
| Sept-22 | | Dementia OR Frontotemporal Dementia OR Dementia, Vascular AND Nursing Home AND Professional-Family Relations OR Family Relations | 2010-2022 | 84 66 22674 96 | Barken & Lowndes (2018) Lopez et al (2013) |
| Februar 22 | Idunn | Pårørende AND sykehjem | 2010-2021 | 65 | Nakrem & Hynne (2017) Rognstad & Nåden (2015) |
| | | Pasientsikkerhet | | | Gautan (2020) |

| | | | | | |
|-------------------|----------------------------------|--|-------------------------------|------------|--|
| April 23 | | Sykehjem AND leder | | 134 366 | Myrvang & Rokstad (2022) Deilkås & Bondevik (2020) Rasmussen & Kjevnik- Wycherley Øydgard (2018) |
| Okt 22 | Snøballmetode /andre fagfolk/ | Pårørende Kompetanse Rutiner | | | Law & Muers (2017) Pedersen & Kjelsaas (2022) Lai (2021) Melby et al. (2022) Surr et al. (2017) Greenhalgh (2008) |
| Okt 21 Mars 22 | Orla | Staff-family relations dementia | 2010-2021 | 2157 | Utley-Smith et al. (2009) Bauer et al. (2014) Al-Janabi & Oyebode (2018) |
| Sept-22 | | Special care unit AND competence AND dementia | 2010-2022, artikler, books | 29 | Crespo & Gomez (2013) |
| Okt-22 | | Kompetanseutvikling sykehjem | 2010-2022, artikler, books | 6 | Brenden et al. (2011) |
| April-23 | Google | Fagutvikling AND sykehjem Rutiner Tavler | | | Hopøy & Bing-Jonsson (2020) Nylenna (2018) Eiring & Jamtvedt (2010) |

