



Illustrasjonsfoto: Colourbox

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Mange pasienter som mottar hjemmesykepleie mottar også uformell omsorg fra familie og venner. Samtidig er det lite kunnskap om omfanget og innholdet i den uformelle omsorgen fra aktørene i pasienters sosiale nettverk.

Hensikt: Hensikten med studien var å kartlegge nettverket til pasienter som mottar hjemmesykepleie, samt frekvensen og innholdet i den uformelle omsorgen fra familie og venner. I tillegg ville vi studere om det var sammenhenger mellom formell og uformell omsorg.

Metode: En tverrsnittundersøkelse blant hjemmesykepleiepasienter i en kommune på Østlandet. Fra et utvalg på 166 pasienter besvarte 127 pasienter (76 prosent) et spørreskjema i løpet av høsten 2013.

Resultat: De fleste pasienter hadde et tilfredsstillende sosialt nettverk og mottok uformell omsorg fra både familie og venner. Innholdet i den uformelle omsorgen var først og fremst praktisk bistand. I tillegg fant vi en statistisk signifikant sammenheng mel-

lom uformell og formell omsorg. Pasienter som fikk flere besøk daglig fra hjemmesykepleien, mottok også oftere uformelle omsorgstjenester fra familiemedlemmer.

Konklusjon: Pasienter i hjemmesykepleien mottar en rekke ulike typer uformelle omsorgstjenester som i all hovedsak er praktisk bistand. I tillegg indikerer studien at det er en sammenheng mellom en økning i pasienters omsorgsbehov og omfanget av formell og uformell omsorg.

ENGLISH SUMMARY

Informal care to homecare nursing patients

Background: Many homecare nursing patients receive informal care from their family and friends. Meanwhile, there is little knowledge about the extent and content of informal care from the agents in a patient's social network.

Objective: The purpose of this study was to examine the network of homecare nursing patients, as well as the frequency and content of the informal care from family and friends. In addition, we wanted to study whether there were inter-

relationships between formal and informal care.

Method: A cross-sectional study among homecare nursing patients in a municipality in the eastern area of Norway. From a sample of 166 patients, 127 patients (76 %) completed a questionnaire during the autumn of 2013.

Results: Most of the patients had a satisfying social network and received informal care from both family and friends. The content of informal care was primarily practical support. In addition, there was a significant correlation between

informal and formal care. Patients receiving multiple visits daily from homecare nursing staff also received informal care from family members more often.

Conclusion: Homecare nursing patients receive various types of informal care, which is mainly practical support. In addition, the study indicates that there is a relationship between an increase in patients' need for care and the extent of formal and informal care.

Keywords: Homecare nursing, cross-sectional study, formal care, informal care

» Uformell omsorg til pasienter i hjemmesykepleien

Forfattere: Jörg W. Kirchhoff og Kirsti Lauvli Andersen

NØKKELORD

- Hjemmesykepleie
- Familie
- Tverrsnittsstudie
- Omsorg

INTRODUKSJON

Mange av pasientene som mottar hjemmesykepleie mottar også uformell omsorg fra familie og venner (1). De uformelle omsorgsoppgavene omfatter både pleieoppgaver, sosial støtte og praktisk hjelp (2–4), og har stor betydning for pasienters livskvalitet og mestringsevne (5, 6). I tillegg ser man at pasienter som mottar uformell omsorg har mindre behov for formell omsorg (7). Dette indikerer at den uformelle og den formelle omsorgen står i gjensidig forhold til hverandre. Endringer i den uformelle omsorgen påvirker den formelle omsorgen og vice versa. Av den grunn er det viktig at ansatte i hjemmesykepleien kartlegger pasienters sosiale nettverk og innholdet i den uformelle omsorgen. Forskning viser imidlertid at pasienters sosiale nettverk i liten grad tas hensyn til under planleggingen og utformingen av den formelle omsorgen fra hjemmesykepleien (8,9).

Tidligere studier viser at familien står for halvparten av den uformelle omsorgen. De fleste omsorgsoppgavene utføres av kvinnelige familiemedlemmer, det vil si konene og/eller døtrene (4,10–12). I tillegg til at kvinnelige familiemedlemmer oftere bistår med uformelle omsorgsoppgaver enn menn, finner man at kvinner og menn påtar seg ulike typer oppgaver. Kvinner utfører i større grad pleieoppgaver, det vil si stell og påkledning. Menn bidrar oftere med praktisk hjelp, som for eksempel vedlikeholdsarbeid (13). Venner og naboer er andre viktige aktører i pasientens sosiale nettverk og bidrar med både praktisk bistand og sosial støtte (6,14,15). Dette viser at alle aktørene i pasientens sosiale nettverk, som familie, venner og naboer, er viktig for å få dekket omsorgsbehovet hos hjemmeboende pasienter (1).

Uformell omsorg fra aktørene i pasienters sosiale nettverk er med på å forebygge opplevelsen av ensomhet (16–18), styrke pasienters evne til å utføre daglige aktiviteter (2,6) og bidrar til å opprettholde livskvaliteten (2, 5). Fravær eller en reduksjon i pasienters sosiale nettverk fører derimot ofte til økt behov for hjelp (1,19), ensomhet (18,20) og økte forventninger til innholdet

i den formelle omsorgen (8). En studie fra hjemmesykepleien viser blant annet at pasienter med et mangelfullt sosialt nettverk har forventninger om at ansatte skal ivareta deres sosiale behov (21). Endringer i nettverket og den uformelle omsorgen pasienten mottar får dermed betydning både for pasienten og de ansatte som bistår med formell omsorg.

I tillegg viser studier at formell omsorg, som for eksempel hjemmesykepleie, påvirker den uformelle omsorgen fra familien (3,11). En studie viste at pasienters pårørende i mindre grad var tilbøyelig til å yte uformelle pleieoppgaver når kommunen tilbød pleie- og omsorgstjenester (3). Forskerne forklarer dette med at den uformelle omsorgen i de tilfeller endrer karakter. Det vil si at uformelle pleieoppgaver

Hva tilfører artikkelen?

Studien viser at mange av pasientene i hjemmesykepleien mottar uformelle omsorgstjenester fra familiemedlemmer og venners sosiale nettverk.

Mer om forfatterne:

Jörg W. Kirchhoff er førsteamanuensis og Kirsti Lauvli Andersen er førstelektor. Begge er ansatt ved Høgskolen i Østfold. Kontaktperson: jorg.kirchhoff@hiof.no.

erstattes med praktisk hjelp, noe som også er funnet i tidligere studier (10).

Litteraturgjennomgangen viser at uformell omsorg fra pasienters sosiale nettverk er av betydning i seg selv, samt kan påvirke den

32 pasientene ikke ønsket å delta. Dessuten ble sju av de innleverte spørreskjemaene forkastet siden de var mangelfullt besvart. Datagrunnet var dermed svar fra 127 pasienter, noe som gir en svarprosent på 76.

” Familien står for halvparten av den uformelle omsorgen.

formelle omsorgen. Samtidig er det fortsatt lite kunnskap om den uformelle omsorgen fra alle aktørene i pasientens sosiale nettverk, som venner og naboer.

Denne artikkelen ønsker av den grunn å gi svar på følgende forsknings spørsmål:

- Hvilke aktører inngår i det sosiale nettverk til pasienter som mottar hjemmesykepleie?
- Hvor ofte og hvilke typer uformelle omsorgstjenester mottar pasienter fra aktørene i sitt sosiale nettverk?
- Finnes det sammenhenger mellom formell omsorg fra hjemmesykepleien og den uformelle omsorgen fra pasientens sosiale nettverk?

DESIGN OG METODE

Datagrunnet er basert på en tverrsnittsstudie (22) blant pasienter i en norsk kommune på Østlandet. Datasamlingen ble gjennomført i løpet av oktober og november 2013.

UTVALG OG DATASAMLING

Inklusjonskriteriet var alle pasienter som hadde et vedtak om nødvendig helsehjelp i kommunen ved starten av datasamlingen. Dette utgjorde 209 pasienter. Pasienter uten samtykkekompetanse eller som hadde avsluttet helsehjelpen i løpet av datasamlingen ble ekskludert. Det utgjorde 43 pasienter. Utgangspunktet for studien var dermed 166 pasienter hvorav

Datasamlingen foregikk ved at de ansatte i hjemmesykepleien distribuerte et informasjonsskriv, spørreskjema og en svarkonvolutt til pasientene de to første ukene av datasamlingen. Pasientene ble bedt om å legge ferdig utfylt spørreskjema i svarkonvolutten, lukke den, og gi den til en ansatt i hjemmesykepleien ved neste hjemmebesøk. Pasientene ble dessuten påminnet om undersøkelsen etter to uker dersom de ikke hadde besvart spørreskjemaet. Med utgangspunkt i at de ansatte rapporterte om at man hadde fått svar fra alle pasienter som ønsket å delta i studien, ble datainnsamlingen avsluttet november 2013. Svarkonvoluttene ble oppbevart i et låst rom i hjemmesykepleiens lokaler og overlevert til artikkelforfatterne etter endt datainnsamling.

Under datasamlingen fikk pasienter tilbud om bistand til å svare på spørreskjemaet, og 53 pasienter benyttet seg av tilbudet. De pasientene som ønsket slik hjelp ble kontaktet av en ansatt i hjemmesykepleien. Vedkommende hadde fått innføring i oppbyggingen av spørreskjemaet, samt opplæring i spørreskjemaintervju av artikkelforfatterne. De ansatte som bisto under besvarelsen av spørreskjemaer var dessuten ikke involvert i hjemmesykepleietilbudet til pasientene.

SPØRRESKJEMAET

Pasientens bakgrunn og egenvur-

derte helsetilstand ble kartlagt. I tillegg ble det stilt spørsmål knyttet til pasientens sosiale nettverk, omfang og innhold i tjenester som ble utført av aktørene i nettverket, og omfanget på hjemmesykepleietilbudet. Pasienters egenvurderte fysiske og psykiske helsetilstand ble kartlagt ved hjelp av følgende svaralternativer: «Svært god», «ganske god», «verken god eller dårlig», «ganske dårlig» og «svært dårlig».

Sosiale nettverk

Pasientens sosiale nettverk ble kartlagt ved hjelp av spørsmål som tidligere er validert og anvendt ved studier av eldres sosiale nettverk (23–25). Spørsmålene omfattet både strukturen og kvaliteten på relasjonene i nettverket. Strukturen på nettverket ble kartlagt ved å spørre pasientene om de hadde barn og barnebarn (familie), og relasjoner utenfor familien, som venner/naboer/bekjente (venner). Kvaliteten på nettverket ble kartlagt ved å spørre hvor ofte man hadde kontakt med aktørene i nettverket, og i hvilken grad man opplevde kontakten som tilfredsstillende. Svaralternativene for hvor ofte man var i kontakt med aktørene var: «Daglig», «flere ganger i uken», «en gang i uken til en gang i måneden», «mindre enn en gang i måneden til en gang i kvartalet», «mindre enn en gang i kvartalet». I tillegg ble pasientene spurt om de var tilfredse med hyppigheten ved å svare på om kontakten med aktørene forekom; «for ofte», «passe ofte» eller «for sjeldent».

Uformell omsorg

Ved tidligere studier har man skilt mellom pleieoppgaver og praktisk bistand som uformelle omsorgstjenester (1,6,13). Til pleieoppgavene hører blant annet

personlig hygiene og matlaging. Renhold av boligen, innkjøp av varer, vedlikehold av bolig, hage, holde orden med økonomien, holde orden med avtaler og annen hjelp er definert som praktisk bistand. Av den grunn ble pasientene spurt om man mottok pleieoppgaver og/eller praktisk hjelp fra familie og venner. I tillegg ble det kartlagt hvor ofte man mottok tjenester fra familie og venner, det vil si: «Daglig», «flere ganger i uken», «en gang i uken til en gang i måneden», «mindre enn en gang i måneden til en gang i kvartalet», «mindre enn en gang i kvartalet» og «aldri».

Formell omsorg fra hjemmesykepleien

Den formelle omsorgen fra hjemmesykepleien ble kartlagt ved at pasientene svarte på hvor lenge de hadde mottatt hjemmesykepleie. Svaralternativene var: «Mindre enn en måned», «fra en måned inntil seks måneder», «fra seks måneder inntil tolv måneder og lengre enn ett år». I tillegg svarte pasientene på hvor ofte de mottok hjemmesykepleie med svaralternativene: «En gang i uken eller sjeldnere», «to til seks ganger i uken», «en gang i døgnet», «to til fire ganger i døgnet» og «mer enn fem ganger i døgnet». Til slutt ble pasientene bedt om å svare på innholdet i vedtakene som la grunnlaget for tilbudet om hjemmesykepleie. Dette omfattet følgende svaralternativer: «Personlig hygiene», «medisinadministrering», «tilsyn», «ernæring/mat», «av-/påkledning», «sårbehandling» og «annet».

ANALYSE AV DATA

Skjemaene ble registrert og analysert i statistikkprogrammet SPSS, versjon 22. Analysene omfattet frekvensanalyser og

Tabell 1: Deskriptiv statistikk over utvalget

	Antall	Prosent
Antall / andel kvinner (n=125)	91	73
Alderskategori (n=121)	≤ 69 år	25
	70–79 år	23
	80–89 år	48
	≥ 90 år	25
Sivil status (n=125)	Ugift	14
	Gift/samboer	28
	Enke/enkemann	72
	Skilt/separert	11
Utdanning (n=125)	Grunnskoleutdanning –Folkeskole/realskole	88
	Videregående utdanning –Gymnas/videregående skole	27
	Høyere utdanning–Høyskole/universitet	10
	8	
Egenvurdert fysisk helse (n=123)	Svært god/ganske god	45
	Verken god eller dårlig	42
	Ganske dårlig/svært dårlig	37
Egenvurdert psykisk helse (n=123)	Svært god/ganske god	74
	Verken god eller dårlig	32
	Ganske dårlig/svært dårlig	18
Bostatus (n=126)	Bor alene	91
	Bor sammen med ektefelle/samboer	27
	Bor sammen med andre (f.eks. foreldre, barn)	8

kji-kvadrattest for krysstabeller (26). Kendall's Tau (t) ble valgt som mål på styrken på samvariasjon, samt et signifikansnivå på 5 prosent. Før analysen ble pasientene tilordnet ulike aldersgrupper i samsvar med kategoriene hos SSB (7). I tillegg ble verdiene svært god/ganske god og svært dårlig/ganske dårlig for pasientens egenvurderte helsetilstand slått sammen til henholdsvis god og dårlig.

ETISKE OVERVEIELSER

Studien ble gjennomført i tråd med Helsinkideklarasjonen forsks-

ningsetiske retningslinjer (27), og godkjent og registrert av personvernombudet.

RESULTATER

Gjennomsnittlig alder var 79 år, med spredning i alder fra 40 til 101 år. Tabell 1 presenterer utvalget i studien med alder i kategorier. Mer enn halvparten av pasientene vurderte sin psykiske helse som ganske god eller svært god (60 prosent), mens rundt en tredjedel opplevde sin fysiske helse som ganske god eller svært god (36 prosent). Verken alder eller kjønn hadde

Tabell 2: Kjennetegn ved pasientenes sosiale nettverk

	Antall	Prosent
Aktørene i pasienters sosiale nettverk		
Pasienter med barn (n=121)	106	88
Pasienter med barnebarn (n=108)	99	92
Pasienter med venner/bekjente/ naboer (n=119)	109	91
Kvaliteten på nettverket		
Frekvensen av kontakt med barn/ barnebarn (n=119)		
Aldri	1	1
Mindre enn en gang i kvartalet	6	6
Mindre enn en gang i måneden til en gang i kvartalet	10	9
En gang i uken til en gang i måneden	39	36
Flere ganger i uken	34	2
Daglig	17	16
Vurdering av kontakten med barn/barnebarn (n=106)		
For sjeldent	27	25
Passe ofte	78	74
For ofte	1	1
Frekvensen av kontakt med venner/naboer/ bekjente (n=119)		
Aldri	10	8
Mindre enn en gang i kvartalet	6	5
Mindre enn en gang i måneden til en gang i kvartalet	14	7
En gang i uken til en gang i måneden	44	37
Flere ganger i uken	37	31
Daglig	14	12
Vurdering av kontakten med venner/naboer/ bekjente (n=116)		
For sjeldent	27	23
Passe ofte 89	89	77

statistisk signifikante sammenhenger med pasienters egenverderte helsetilstand. Derimot viste kji-kvadrattesten en statistisk signifikant sammenheng mellom pasienters bostatus

PASIENTERS SOSIALE NETTVERK

Egenskaper ved pasientenes sosiale nettverk er sammenfattet i tabell 2. Tabellen viser at de fleste pasientene hadde både

” De fleste pasienter med barn og/eller barnebarn fikk uformell omsorg fra familien.

og deres egenverderte fysiske ($p=0,012$, $t=-0,21$) og psykiske ($p=0,047$, $t=-0,18$) helsetilstand.

familie og venner i sitt sosiale nettverk, samt at de fleste pasienter opplevde kontakten som tilfredsstillende. Kun en pasient

hadde verken kontakt med familie eller aktører utenfor familien.

Analysen viste en statistisk sammenheng mellom frekvensen på kontakten med familiemedlemmer og tilfredsheten på kontakten ($p=0,001$, $t=0,29$). Dette indikerer at pasienter som møtte sine barn/barnebarn daglig eller flere ganger i uken oftere var tilfreds med kontakten. I tillegg hadde pasienter som vurderte sin fysiske helse som god eller svært god statistisk signifikant oftere kontakt med sine venner ($p=0,035$, $t=-0,18$).

FREKVENNS OG INNHOLD I UFORMELL OMSORG

Figur 1 illustrerer hvor ofte pasienter mottok uformell omsorg fra henholdsvis familie og venner i sitt nettverk. Den viser at de fleste pasienter med barn og/eller barnebarn fikk uformell omsorg fra familien (87 prosent), samt at 39 prosent mottok omsorgstjenestene ofte (daglig eller flere ganger i uken). Analysen viste dessuten at kvinnelige pasienter som bodde alene mottok oftere hjelp fra familien enn menn ($p=0,011$, $t=0,22$).

Dessuten viser figur 1 at 44 prosent av pasientene mottok uformell omsorg fra venner. Videre var det en statistisk signifikant sammenheng mellom pasienters egenverderte psykiske helsetilstand og frekvensen på uformell omsorg ($p=0,019$, $t=-0,14$). Pasienter som vurderte sin psykiske helsetilstand som dårlig rapporterte at de sjeldnere mottok uformell omsorg fra familien enn de som vurderte sin psykiske helsetilstand som god. I tillegg svarte 12 prosent av pasientene at de verken fikk hjelp fra familie eller venner, mens fem prosent mottok regelmessig hjelp fra både familie, naboer og venner.

I tabell 3 presenteres innholdet i den uformelle omsorgen fra pasientens nettverk. Mesteparten av den uformelle omsorgen fra nettverket er praktisk bistand. «Innkjøp av varer» er den tjenesten som familiemedlemmene oftest bisto med, mens «renhold i boligen» var den hyppigst rapporterte tjenesten fra venner. «Hjelp med personlig hygiene» var den oppgaven som sjeldnest ble utført av aktørene i nettverket.

FORHOLDET MELLOM FORMELL OG UFORMELL OMSORG

Tabell 4 viser varighet, frekvens og innholdet i tjenestetilbudet fra hjemmesykepleien.

De fleste pasientene som hadde mottatt hjemmesykepleie i over ett år (70 prosent), fikk besøk fra hjemmesykepleien to til fire ganger daglig (32 prosent) og medisin håndtering var den tjenesten som oftest ble gitt (72 prosent). Analysen viste ingen statistisk signifikante sammenhenger mellom varighet eller frekvens på hjemmesykepleien og pasienters kjønn, alder, boforhold eller egenvurdert helsetilstand, eller mellom varigheten på tilbudet om hjemmesykepleie og omfanget av uformell omsorg.

Derimot var det en statistisk signifikant sammenheng mellom frekvensen på formell og uformell omsorg ($p=0,043$, $t=0,2$). Pasienter som fikk flere besøk daglig fra hjemmesykepleien mottok også oftere uformelle omsorgstjenester fra familiemedlemmer. Analysen viste videre en sammenheng mellom frekvensen på besøk fra hjemmesykepleien og innholdet i hjemmesykepleien. Pasienter som hadde vedtak på personlig hygiene ($p=0,002$, $t=0,36$) og tilsyn ($p=0,021$, $t=0,21$) rapporterte oftere at de fikk flere besøk daglig fra hjemmesykepleien.

DISKUSJON

I likhet med tidligere studier (2,12) viser våre funn at det sosiale nettverket til pasienter i hjemmesykepleien omfatter både familiemedlemmer og

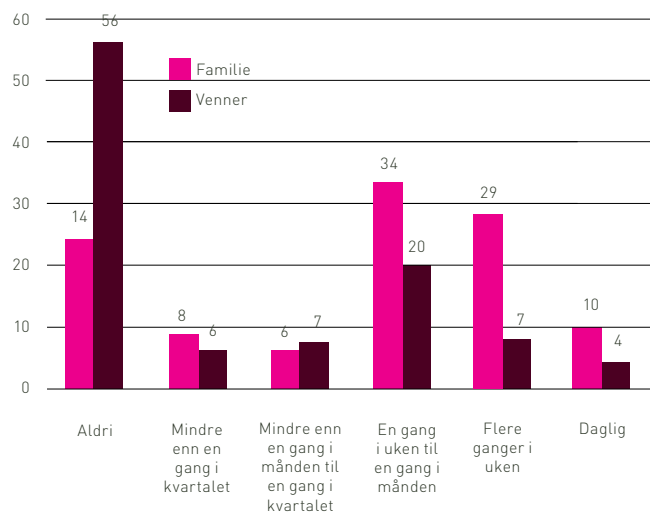
rene i nettverket som tilfredsstillende. Samtidig fant vi en sammenheng mellom redusert fysisk helsetilstand hos pasientene og kontakten med aktører utenfor familien. Betydningen

” Kvinnelige pasienter som bodde alene mottok oftere hjelp fra familien enn menn.

aktører utenfor familien, og at de fleste pasienter i vår studie opplevde kontakten med aktø-

er av gjensidighetsprinsippet (28), det vil si at aktørene bidrar med like mye for å opprettholde rela-

Figur 1: Frekvens av uformell omsorg fra familie og venner. Prosent



Tabell 3: Innholdet i uformell omsorg fra familie (n=88) og venner (n=46)

Pleieoppgaver		Familie (%)	Venner (%)
	Matlaging	20	13
	Hjelp med personlig hygiene (f.eks. dusj)	3	2
Praktisk bistand	Innkjøp av varer	66	33
	Holde orden med økonomien	40	6
	Vedlikehold av bolig, hage	38	33
	Renhold i boligen	35	35
	Holde orden med avtaler (f.eks. legebesøk)	35	2
	Annen hjelp (f.eks. skyss)	17	24

Tabell 4: Varighet, frekvens og innhold i hjemmesykepleien.

	Antall	Prosent
Varigheten på vedtaket om hjemmesykepleie (n=123)		
Mindre enn 1 måned	5	4
Fra 1 måned inntil 6 måneder	199	15
Fra 6 måneder inntil 12 måneder	13	11
Lengre enn 1 år	86	70
Frekvens (n=123)		
En gang i uken eller mindre	38	31
2-6 ganger i uken	18	15
En gang pr. døgn	23	19
2-4 ganger pr. døgn	40	32
5 ganger pr. døgn eller oftere	4	3
Innholdet i hjemmesykepleien (n=122)		
Medisinhåndtering	88	72
Personlig hygiene	55	45
Tilsyn	26	21
Av / påkledning	23	20
Ernæring	19	16
Sårbehandling	16	13
Annet	9	7

sjonen, kan være en mulig forklaring på dette. Pasienter med redusert fysisk helsetilstand kan ha større vanskeligheter med å gjengjelde besøk eller tjenester fra venner. Dette kan igjen

medlemmer og venner i sosiale nettverk. Familien er den største bidragsyteren, og 39 prosent svarte at de ofte mottok uformelle omsorgstjenester. Våre funn harmonerer til en viss grad

” 39 prosent svarte at de ofte mottok uformelle omsorgstjenester.

føre til at venner i mindre grad opprettholder kontakten med pasienten. Denne sammenhengen fant vi imidlertid ikke for kontakten med familiemedlemmer, noe som indikerer at gjensidighetsprinsippet i mindre grad har betydning i familiære relasjoner.

Vårt andre hovedfunn er at mange av pasientene i hjemmesykepleien mottar uformelle omsorgstjenester fra familie-

med en nyere studie (11), der 36 prosent av pasientene svarte at de mottok uformell omsorg tre timer eller mer i uken. Dessuten fant vi en statistisk signifikant sammenheng mellom frekvensen på uformell omsorg fra familien og pasienters egen-vurderte helsetilstand. Pasienter som vurderte sin psykiske helsetilstand som *god* svarte at de oftere fikk uformell omsorg enn de som vurderte sin psy-

kiske helse som *dårlig*. Man er kjent med at eldre med en svekket psykisk helse i mindre grad benytter seg av omsorgstilbud utenfor hjemmet (19). Det er derfor nærliggende å anta at denne pasientgruppen i større grad vil forsøke å få dekket denne mangelen ved hjelp av tjenester fra hjemmesykepleien. Det er derfor mulig at pasienters helsetilstand ikke bare påvirker omfanget av den uformelle omsorgen, men også pasienters forventninger til omsorgstilbudet fra hjemmesykepleien.

Denne studien viser at innholdet i den uformelle omsorgen fra familiemedlemmer og venner i all hovedsak var praktisk bistand. Lignende funn er gjort i andre studier (1,4,6) og blir forklart med at den uformelle omsorgen fra familien endrer karakter når hjemmesykepleien overtar pleieoppgavene (3). Til tross for at de uformelle tjenestene fra nettverket først og fremst inneholdt praktiske oppgaver, fant vi noen forskjeller i den praktiske bistanden fra henholdsvis familie og venner. For eksempel var det familien som i større grad bidro med hjelp til å følge opp private avtaler og holde orden i økonomien. Dette indikerer et behov for nære relasjoner når praktisk bistand griper inn i pasientens private sfære. I tillegg var det noen omsorgstjenester fra venner som ikke ble fanget opp av denne studien, siden 24 prosent svarte at de fikk «annen hjelp» fra venner. Det ser dermed ut til å være behov for kvalitative studier for å kartlegge innholdet i den uformelle omsorgen fra venner. Få studier har sett på dette aspektet ved pasienters sosiale nettverk (14).

Den statistisk signifikante sammenhengen mellom frekven-

sen på den uformelle og den formelle omsorgen til pasientene i hjemmesykepleien, indikerer at pasienter som ofte mottar formell omsorg også ofte får uformell omsorg fra aktørene i sitt nettverk. Andre studier viser sammenfallende funn (3, 6). Dette indikerer at pasienter med et omfattende omsorgsbehov trenger omsorgstjenester fra både hjemmesykepleien og sitt sosiale nettverk (1). I tillegg er det et behov for samarbeid mellom ansatte i hjemmesykepleien og aktørene i pasientens sosiale nettverk (9, 13). Samtidig har tidligere studier vist at hjemmesykepleien i liten grad inkluderer pasienters sosiale nettverk under planleggingen av tilbudet fra hjemmesykepleien (8, 9). Fremtidige studier bør av den grunn se nærmere på hvilke forhold som kan bidra til å styrke samarbeidet mellom hjemmesykepleien og aktørene i pasienters sosiale nettverk.

METODEKRITISKE BETRAKTNINGER

Utvalget i vår studie ansees for å være representativ for pasientene som mottok hjemmesykepleie i denne kommunen, siden over 70 prosent av pasientene svarte på spørreskjemaet og analysen ikke viste systematiske frafall (22). Samtidig er kommunen i denne studien ikke representativ for alle norske kommuner. Dette innebærer at funnene ikke kan generaliseres til alle pasienter som mottar hjemmesykepleie.

Flere av pasientene i hjemmesykepleien var skrøpelige og fikk derfor tilbud om bistand til å besvare spørreskjemaet. På den måten ønsket vi å fange opp pasienter som ellers ikke ville bli hørt, og dermed styrke representativiteten i utvalget. I

denne studien utgjorde dette 42 prosent. Bistanden ble imidlertid gitt av ansatte i kommunen og kan dermed ha vært med

familiemedlemmer og aktører utenfor familien. I tillegg bidrar både familie og venner med ulike uformelle omsorgstje-

” Eldre med svekket psykisk helse benytter seg i mindre grad av omsorgstilbud utenfor hjemmet.

på å true svarenes pålitelighet (22), f.eks. at pasienten ville gitt et annet svar dersom man besvarte spørreskjemaet alene. Av den grunn fikk de ansatte opplæring i datasamling ved hjelp av spørreskjemaintervju. Det ble også sørget for at intervjuer ikke deltok i pleien til pasienten som fikk hjelp under besvarelsen. Man registrerte ikke hvilke pasienter som fikk bistand under besvarelsen av spørreskjemaet, noe som medførte at vi ikke fikk kontrollert for eventuelle skjevheter i våre data. Samtidig er det tidligere ikke funnet statistisk signifikante forskjeller i datagrunnlaget når man sammenliknet data som ble samlet fra ansatte eller pasient og pårørende (29).

Et siste moment er at spørreskjemaet for å kartlegge pasientenes sosiale nettverk (23) kategoriserer venner, naboer og bekjente som en felles gruppe, det vil si aktører utenfor familien. Det er dermed usikkert om det er venner eller naboer som yter uformell omsorg til pasienten. Med utgangspunkt i behovet for mer kunnskap om uformell omsorg fra aktørene utenfor familien (14), bør man av den grunn differensiere mellom aktørene ved fremtidige studier.

KONKLUSJON

Vår studie viser at mange pasienter i hjemmesykepleien har et sosialt nettverk som består av

nester som i all hovedsak er praktisk bistand. Den statistisk signifikante sammenhengen mellom uformell og formelle omsorg i denne studien, indikerer dessuten at pasienters omsorgsbehov har betydning for omfanget av både formelle og uformell omsorg.

REFERANSER

1. Sigurdardóttir SH, Sundström G, Malmberg BO, Bravell ME. Needs and care of older people living at home in Iceland. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2012;40(1):1-9.
2. Dale B, Sævareid HI, Kirkevold M, Söderhamn O. Older home nursing patients' perception of social provisions and received care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2010;24(3):523-32.
3. Jakobsson N, Hansen T, Kotsadam A. Er det en sammenheng mellom formell og uformell omsorg i Norge? Tidsskrift for velferdsforskning. 2012;15(3):168-75.
4. Rønning E. Dobbeltarbeidende seniorer: ulønnet omsorgsarbeid. *Samfunnsspeilet*. 2010;24 (2):2-6.
5. Dale B, Dale JG, Lorensen M. Livskvalitet hos eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie. *Vård i Norden*. 2001;21(2):4-10.
6. Dale B, Sævareid HI, Kirkevold M, Söderhamn O. Formal and informal care in relation to activities of daily living and self-perceived health among older care-dependent individuals in Norway. *International Journal of Older People Nursing*. 2008;3(3):194-203.
7. Mørk E, Sundby B, Øtnes B, Wahlgren M. Pleie- og omsorgstjenesten 2013: statistikk om tjenester og tjenestemottakere. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2014.
8. Kirchoff JW. Fra vedtak til tjeneste: om utformingen av nødvendig helse-

hjelp i hjemmebaserte tjenester. Hal- den: Høgskolen i Østfold; 2013.

9. **Aasgaard HS, Disch PG, Fagerström L, Landmark BT.** Pårørende til aleneboende personer med demens – Erfaringer fra samarbeid med hjemmetjenesten etter ny organisering. Nordisk Sygeplejeforskning. 2014;4(2):114-28.

10. **Kröger T.** Interplay between formal and informal care for older people: the state of the Nordic research. Åldreomsorgsforskning I Norden En kunnskapsøversikt Köpenhamn: Nordiska ministerrådet Tema Nord. 2005.

11. **Døhl Ø, Garåsen H, Kalseth J, Magnussen J.** Factors associated with the amount of public home care received by elderly and intellectually disabled individuals in a large Norwegian municipality. Health & Social Care in the Community. 2015:n/a-n/a.

12. **Dale B, Söderhamn U, Söderhamn O.** Self-care ability among home-dwelling older people in rural areas in southern Norway. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2012;26(1):113-22.

13. **Ekwall A, Sivberg B, Hallberg IR.** Dimensions of informal care and quality of life among elderly family caregivers. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2004;18(3):239-48.

14. **Daatland SO, Veenstra M, Lima IAA.** Studien av livsløp gok. Helse, familie og omsorg over livsløpet: resultater fra

LOGG og NorLAG. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring; 2009.

15. **Moorer P, Suurmeijer TPBM.** The Effects of Neighbourhoods on Size of Social Network of the Elderly and Loneliness: A Multilevel Approach. Urban Studies (Routledge). 2001;38(1):105-18.

16. **Barron CR, Foxall MJ, Von Dollen K, Jones PA, Shull KA.** Marital status, social support, and loneliness in visually impaired elderly people. Journal of Advanced Nursing. 1994;19(2):272-80.

17. **Golden J, Conroy RM, Bruce I, Denihan A, Greene E, Kirby M, et al.** Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2009;24(7):694-700.

18. **Normann TM.** Svekket helse – mindre sosial kontakt: sosial deltakelse. Samfunnspeilet. 2010;24(5-6):88-97.

19. **Bøen H.** Hvem er brukere av eldresentrene?: en sammenlikning av hjemmeboende over 65 år som er brukere av eldresentrene med dem som ikke er brukere i to bydeler i Oslo. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2008.

20. **Hofseth C, Norvoll R.** Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer: en studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien. Oslo: Sintef, UNIMED, Ledelse, organisasjon og samhandling; 2003.

21. **Birkeland A, Natvig GK.** Eldre som bor alene og deres erfaringer med

hvordan hjemmesykepleien ivaretar deres sosiale behov. Norsk Tidsskrift For Sykepleieforskning. 2008;10(2):3-14.

22. **Jacobsen DI.** Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode. Kristiansand: Høyskoleforlaget; 2005.

23. **Andersson L.** Loneliness research and interventions: a review of the literature. Aging & Mental Health. 1998;2(4):264-74.

24. **Orrebakken HB, Drageset S, Natvig GK.** Samanhengen mellom helserelatert livskvalitet og kontakt med egne barn hos kognitivt klare sjukeheimsbebuere. Nordisk Sygeplejeforskning. 2013;3(1):3-14.

25. **Andersson L.** Intervention Against Loneliness in a Group of Elderly Women: A Process Evaluation. Human Relations. 1984;37(4):295-310.

26. **Skog O-J.** Å forklare sosiale fenomener: en regresjonsbasert tilnærming. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2004.

27. **Ruyter KW, Førde R, Solbakk JH.** Medisinsk og helsefaglig etikk. 3. utg. ed. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.

28. **Fyrand L.** Sosialt nettverk: teori og praksis. Oslo: Universitetsforlaget; 2005.

29. **Kirchhoff JW, Gjellebæk C, Tangen M.** Personlige relasjoner har betydning for pasienters tilfredshet på sykehjem. Sykepleien Forskning. 2014;9(3):226-33.