

Faktorer som hemmer og fremmer godt pårørendesamarbeid i tjenestene

Sluttkonferanse
14.12.2023

Bedre Pårørendesamarbeid-prosjektet

Kristiane M. Hansson

Postdoktor v/ Senter for medisinsk etikk, UiO
Spesialkonsulent i Helseetaten, Oslo kommune



Illustrasjon: Istockphoto.com

Pårørendesamarbeid – betydning oppsummert

At helse- og omsorgstjenestene tilbyr systematisk pårørendesamarbeid som en del av utredning, behandling og omsorg, har stor betydning for både pasientene/brukerne, deres pårørende, de ansatte, og tjenestene generelt

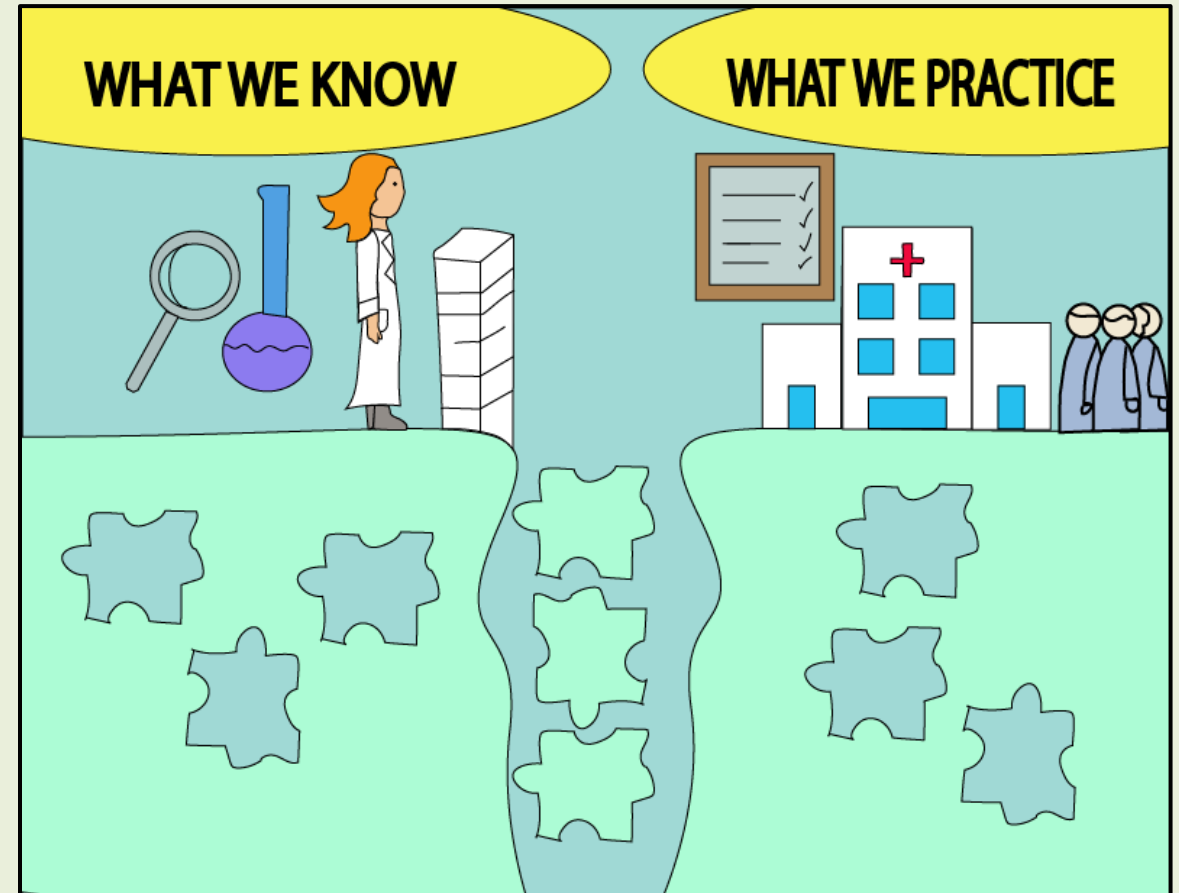


Likevel....

- Mange pasienter får ikke anbefalt behandling/oppfølging
- Mange pårørende føler de ikke blir hørt og sett
- Mange ansatte synes det er krevende å jobbe med pårørende
- Tjenestene er ikke godt nok rigget for systematisk pårørendesamarbeid

Problemet:

Vi vet betydningen,
men sliter med å få til
godt pårørendesamarbeid
i praksis



Active Aging Research Team @ UBC

Delstudie: Hemmere og fremmere for implementering av pårørendesamarbeid

- **Forskningsspørsmål**
Hvilke faktorer opplever helsepersonell og ledere at hemmer og fremmer implementeringen av pårørendesamarbeid i behandlingen av personer med psykoselidelser?
- **Deltagere og datainnsamling**
Fokusgruppeintervjuer med helsepersonell og ledere i implementeringsteam ved intervensjonsenhetene (innledende og midtre fase av implementering).
Fokusgruppeintervjuer med andre klinikere (sen fase).
Tilsammen 21 fokusgrupper.

RESEARCH

Open Access

Barriers and facilitators when implementing family involvement for persons with psychotic disorders in community mental health centres – a nested qualitative study

Kristiane Myckland Hansson^{1*}, Maria Romøren¹, Reidar Pedersen¹, Bente Weimand^{2,3,4}, Lars Hestmark¹, Irene Norheim⁵, Torleif Ruud^{2,6}, Inger Stølan Hymen⁷ and Kristin Sverdvik Heiervang^{1,2,3}

Abstract

Background: The uptake of family involvement in health care services for patients with psychotic disorders is poor, despite a clear evidence base, socio-economic and moral justifications, policy, and guideline recommendations. To respond to this knowledge-practice gap, we established the cluster randomised controlled trial: Implementation of guidelines on Family Involvement for persons with Psychotic disorders in community mental health centres (FIIP). Nested in the FIIP trial, this sub-study aims to explore what organisational and clinical barriers and facilitators local implementation teams and clinicians experience when implementing family involvement in mental health care for persons with psychotic disorders.

Methods: We performed 21 semi-structured focus groups, including 75 participants in total. Implementation team members were interviewed at the initial and middle phases of the intervention period, while clinicians who were not in the implementation team were interviewed in the late phase. A purposive sampling approach was used to recruit participants with various engagement in the implementation process. Data were analysed using manifest content analysis.

Results: Organisational barriers to involvement included: 1) Lack of shared knowledge, perceptions, and practice 2) Lack of routines 3) Lack of resources and logistics. Clinical barriers included: 4) Patient-related factors 5) Relative-related factors 6) Provider-related factors. Organisational facilitators for involvement included: 1) Whole-ward approach 2) Appointed and dedicated roles 3) Standardisation and routines. Clinical facilitators included: 4) External implementation support 5) Understanding, skills, and self-efficacy among mental health professionals 6) Awareness and attitudes among mental health professionals.

Conclusions: Implementing family involvement in health care services for persons with psychotic disorders is possible through a whole-ward and multi-level approach, ensured by organisational- and leadership commitment. Providing training in family psychoeducation to all staff, establishing routines to offer a basic level of family involvement to all patients, and ensuring that clinicians get experience with family involvement, reduce or dissolve core barriers.

*Correspondence: k.m.hansson@medisin.uio.no

¹Centre for Medical Ethics, University of Oslo, Postbox 1130 Blindern, 0318 Oslo, Norway

Full list of author information is available at the end of the article



Faktorer som hemmet implementeringen - organisatorisk nivå

ORGANISATORISK NIVÅ

Mangel på delt kunnskap, oppfatninger, og praksis:

- Profesjonskultur
- Varierende eierskap
- Manglende ledelsesforankring

Ingen - eller mangelfulle rutiner for å:

- Snakke med pasientene om pårørendesamarbeid- og å komme i kontakt med pårørende
- Utveksle informasjon
- Dokumentere pårørendesamarbeid
- Evaluere pårørendesamarbeid
- Sikre at helsepersonell får opplæring i - og erfaring med pårørendesamarbeid

Ressursmangel og logistikkutfordringer:

- Mangel på ressurser til å implementere nye praksiser
- Mangel på ressurser til å drive pårørendesamarbeid
- Konkurrerende oppgaver
- Turnover
- Reiseavstand
- Møter må gjennomføres i pårørendes arbeidstid

Faktorer som hemmet implementeringen

- klinisk nivå

KLINISK NIVÅ

Relatert til pasienten:

- Manglende samtykke
- Pasientkonfidensialitet
- Pasienten har ikke pårørende (igjen)
- Lang tids sykdom uten at pårørende har vært involvert

Relatert til pårørende:

- Vanskelige familiedynamikker
- Frustrasjon mot tjenestene
- Pårørende ønsker ikke (lenger) å være involvert
- Kultur- og språkbarrierer

Relatert til helsepersonell:

- Mangel på kompetanse og erfaring
- Holdninger som hindrer pårørendesamarbeid
- Pårørendesamarbeid prioriteres ikke
- Utilstrekkelig interaksjon med pårørende

ORGANISATORISK NIVÅ

Mangel på delt kunnskap, oppfatninger, og praksis:

- Profesjonskultur
- Varierende eierskap
- Manglende ledelsesforankring

Ingen - eller mangelfulle rutiner for å:

- Snakke med pasientene om pårørendesamarbeid- og å komme i kontakt med pårørende
- Utveksle informasjon
- Dokumentere pårørendesamarbeid
- Evaluere pårørendesamarbeid
- Sikre at helsepersonell får opplæring i - og erfaring med pårørendesamarbeid

Ressursmangel og logistikkutfordringer:

- Mangel på ressurser til å implementere nye praksiser
- Mangel på ressurser til å drive pårørendesamarbeid
- Konkurrerende oppgaver
- Turnover
- Reiseavstand
- Møter må gjennomføres i pårørendes arbeidstid

KLINISK NIVÅ

Relatert til pasienten:

- Manglende samtykke
- Pasientkonfidensialitet
- Pasienten har ikke pårørende (igjen)
- Lang tids sykdom uten at pårørende har vært involvert

Relatert til pårørende:

- Vanskelige familiedynamikker
- Frustrasjon mot tjenestene
- Pårørende ønsker ikke (lenger) å være involvert
- Kultur- og språkbarrierer

Relatert til helsepersonell:

- Mangel på kompetanse og erfaring
- Holdninger som hindrer pårørendesamarbeid
- Pårørendesamarbeid prioriteres ikke
- Utilstrekkelig interaksjon med pårørende

Taushetsplikten er kanskje det største problemet for å jobbe med pårørende. Det er det som hindrer oss mest (...) Folk er veldig redde for å gjøre noe gærent.

(Psykolog)

Det med taushetsplikt er ofte det første pårørende snakker om som vanskelig i møtet med helsevesenet.

(Psykiatrisk sykepleier)

Delstudie: Etiske utfordringer knyttet til taushetsplikten og deling av informasjon

- **Forskningsspørsmål**
Hvilke etiske utfordringer opplever helsepersonell knyttet til taushetsplikten i pårørendesamarbeid i behandlingen av personer med psykoselidelser?

Hvilke tiltak erfarer de kan forbedre håndteringen av disse utfordringene?

- **Deltagere og datainnsamling**
Fokusgruppeintervjuer med helsepersonell og ledere i implementeringsteam ved intervensjonsenhetene (innledende og midtre fase av implementering). Fokusgruppeintervjuer med andre klinikere (sen fase). Tilsammen 21 fokusgrupper.

RESEARCH

Open Access



The duty of confidentiality during family involvement: ethical challenges and possible solutions in the treatment of persons with psychotic disorders

Kristiane Myckland-Hansson^{1*}, Maria Romøren¹, Bente Weimand^{2,3}, Kristin Sverdvik Heiervang^{1,2,3}, Lars Hestmark¹, Elleke G. M. Landweer⁴ and Reidar Pedersen¹

Abstract

Background: Family involvement during severe mental illness is still poorly implemented, contrary to evidence-based recommendations. Confidentiality issues are among the most prominent barriers, with mental health professionals facing complex ethical, legal, and practical challenges. However, research focusing on this barrier is very sparse. Nested within a cluster-randomised trial to implement guidelines on family involvement for persons with psychotic disorders in community mental health centres, the aim of this sub-study was to explore ethical challenges related to the duty of confidentiality as experienced by mental health professionals, and to explore key measures that might contribute to improving the handling of such challenges.

Methods: In total 75 participants participated in 21 semi-structured focus groups, including implementation team members at the initial and late phase of the intervention period and clinicians who were not on the implementation teams, at late phase of implementation. We used purposive sampling and manifest content analysis to explore participants' experiences and change processes.

Results: Ethical challenges related to the duty of confidentiality included 1) Uncertainty in how to apply the legislation, 2) Patient autonomy versus a less strict interpretation of the duty of confidentiality, 3) Patient alliance and beneficence versus a less strict interpretation of the duty of confidentiality, 4) How to deal with uncertainty regarding what relatives know about the patients' illness, and 5) Relatives' interests versus the duty of confidentiality. Measures to facilitate better handling of the duty of confidentiality included 1) Training and practice in family involvement, and 2) Standardisation of family involvement practices.

Conclusion: When health professionals gained competence in and positive experiences with family involvement, this led to vital changes in how they interpreted and practiced the duty of confidentiality in their ethical reasoning and in clinical practice. Especially, the need to provide sufficient information to the patients about family involvement became evident during the study. To improve the handling of confidentiality issues, professionals should receive

*Correspondence: k.m.hansson@medisin.uio.no

¹Centre for Medical Ethics, University of Oslo, Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo, Norway

Full list of author information is available at the end of the article



Etiske utfordringer knyttet til taushetsplikten og deling av informasjon

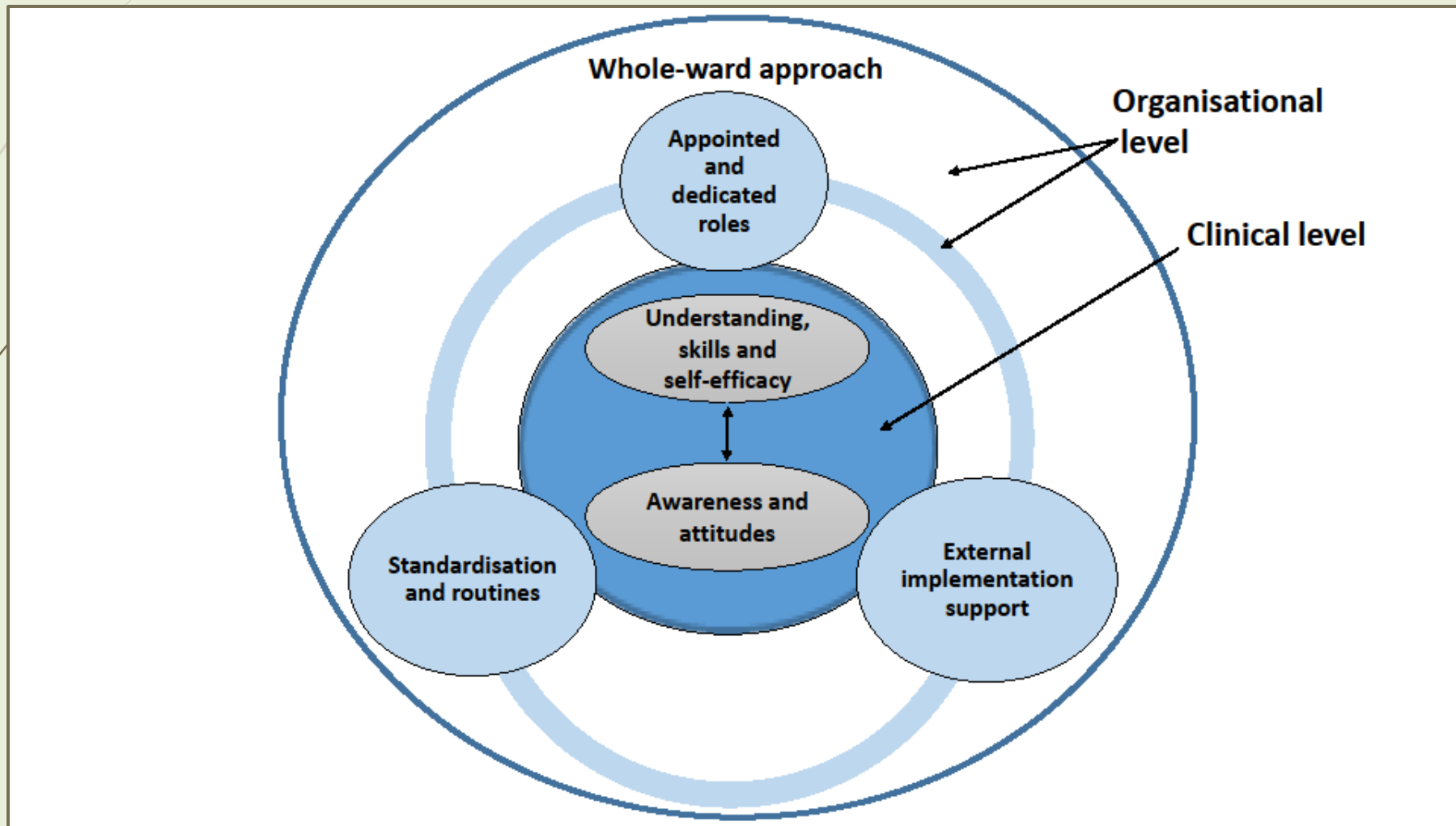
- Hvordan skal lovverket anvendes?
- Hvordan balansere pasientens autonomi og også pasientallianse versus hensynet til hva som kan være til pasientens beste?
- Hvordan håndtere usikkerhet mht. hva pårørende vet om pasientens sykdom?
- Hvordan balansere pårørendes interesser versus taushetsplikten?
- Forståelser og praksiser for håndtering av taushetsplikten varierte betydelig blant enhetene og den enkelte kliniker

Hvilke faktorer fremmer implementeringen av pårørendesamarbeidet?

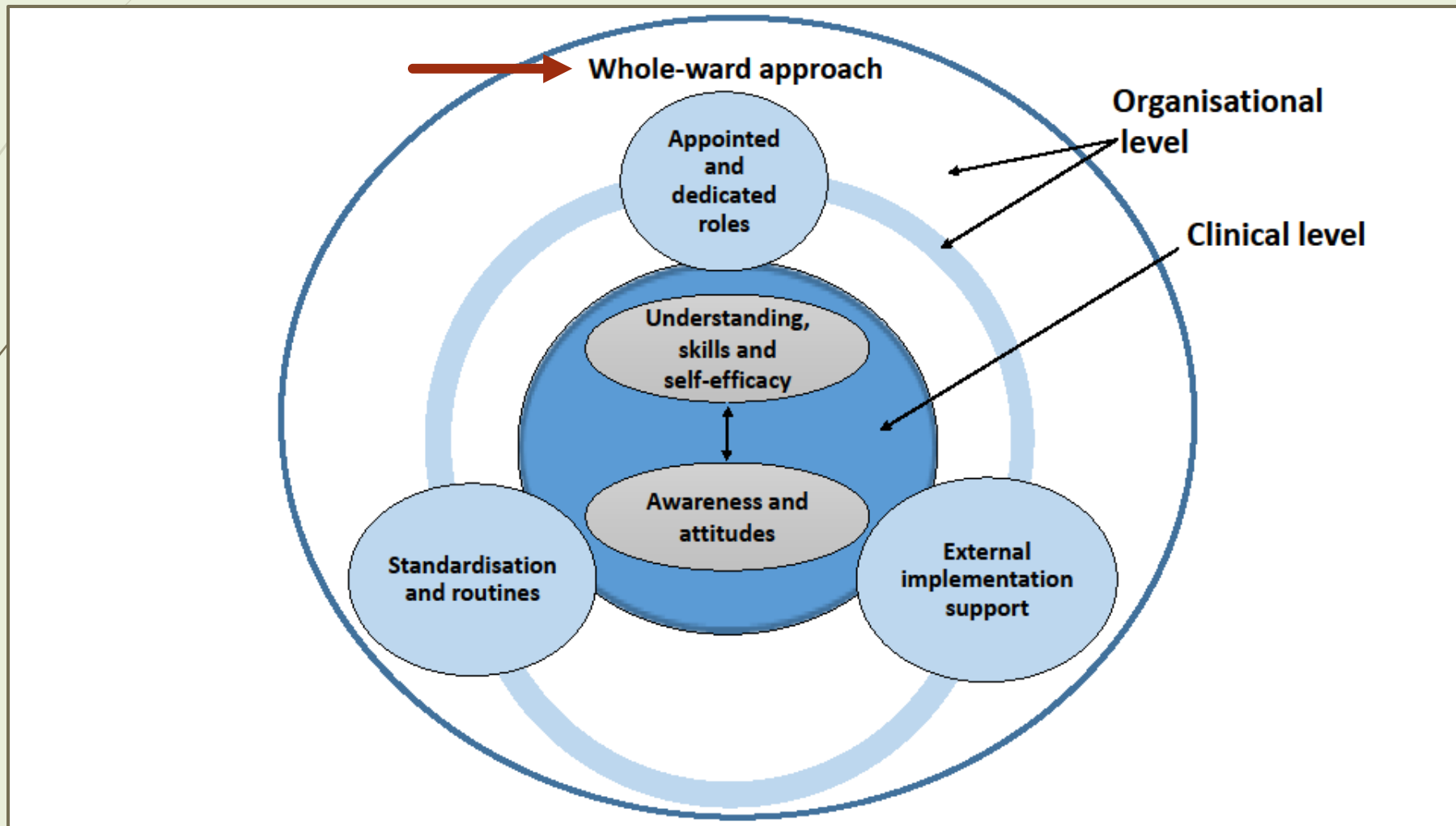


Illustrasjon: Innomed

Fremmere for implementering av pårørendesamarbeid ved alvorlige psykiske lidelser



Fremmer: Whole-ward approach

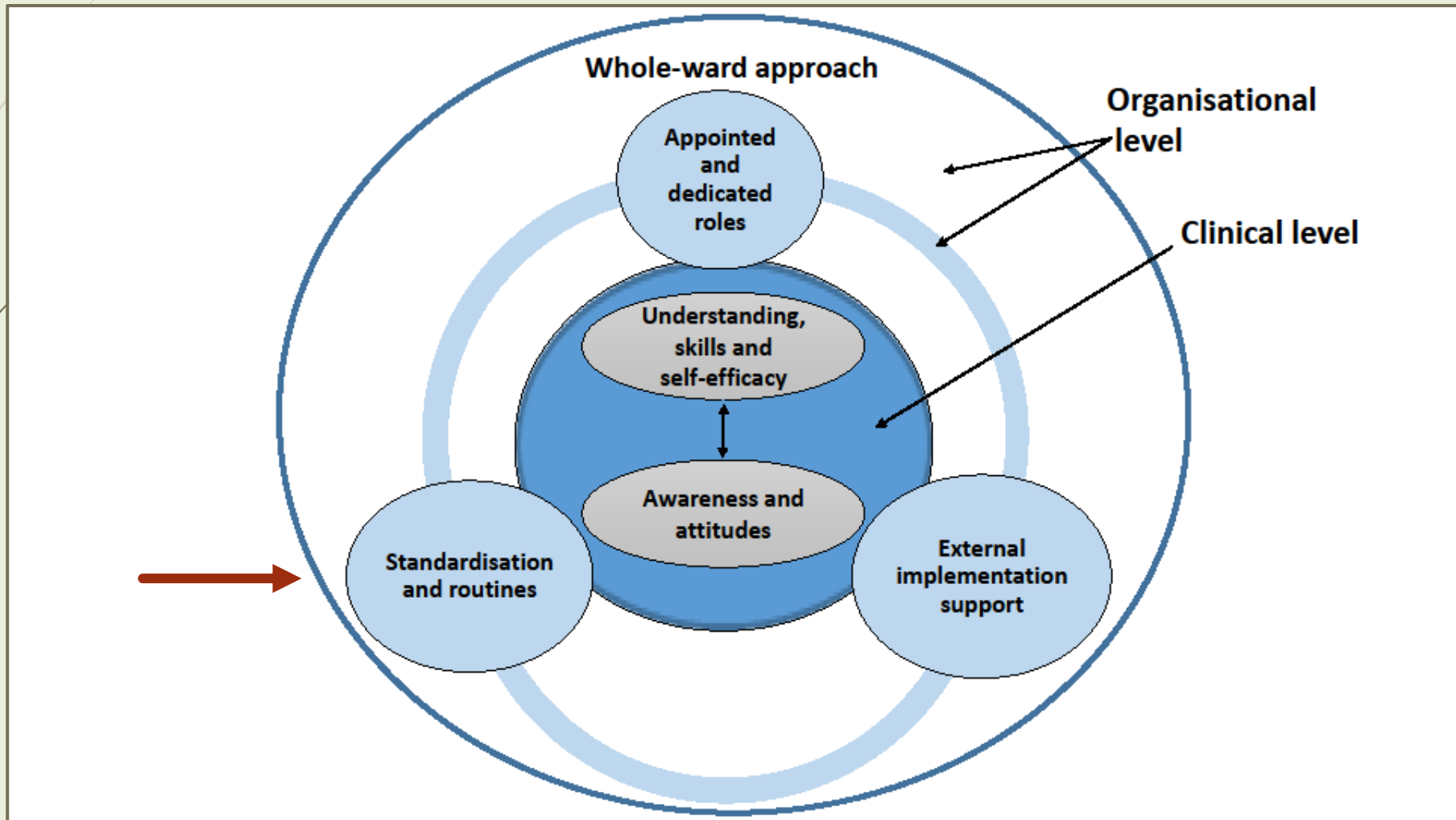


Helhetlig tilnærming / «Whole-ward approach»

... jeg synes at de (kollegaene) også har blitt flinke til å på en måte ... legge det frem for pasienten. Det har jeg blant annet hatt nytte av ved å ha gått dette kurset (...) det er hvordan vi legger ting fram. Vi gir oss ikke, sier pasienten nei med en gang så tar vi jo opp problemstillingen. Så jeg tror ikke det er mange som sier nei (...), men jeg sier jo også alltid til mine pasienter at «Her har vi et tilbud til pårørende. Og det har vi veldig god erfaring med, det er nyttig. Det blir nyttig for deg da. Og mange pasienter har sagt at når mor og far vet litt mer så er det bedre å være deg». Bare et enkelt, lite eksempel. Å legge det fram, at det er en del av tilbudet hos oss, sånn jobber vi her.

(Sykepleier)

Fremmer: Standardisering og rutiner

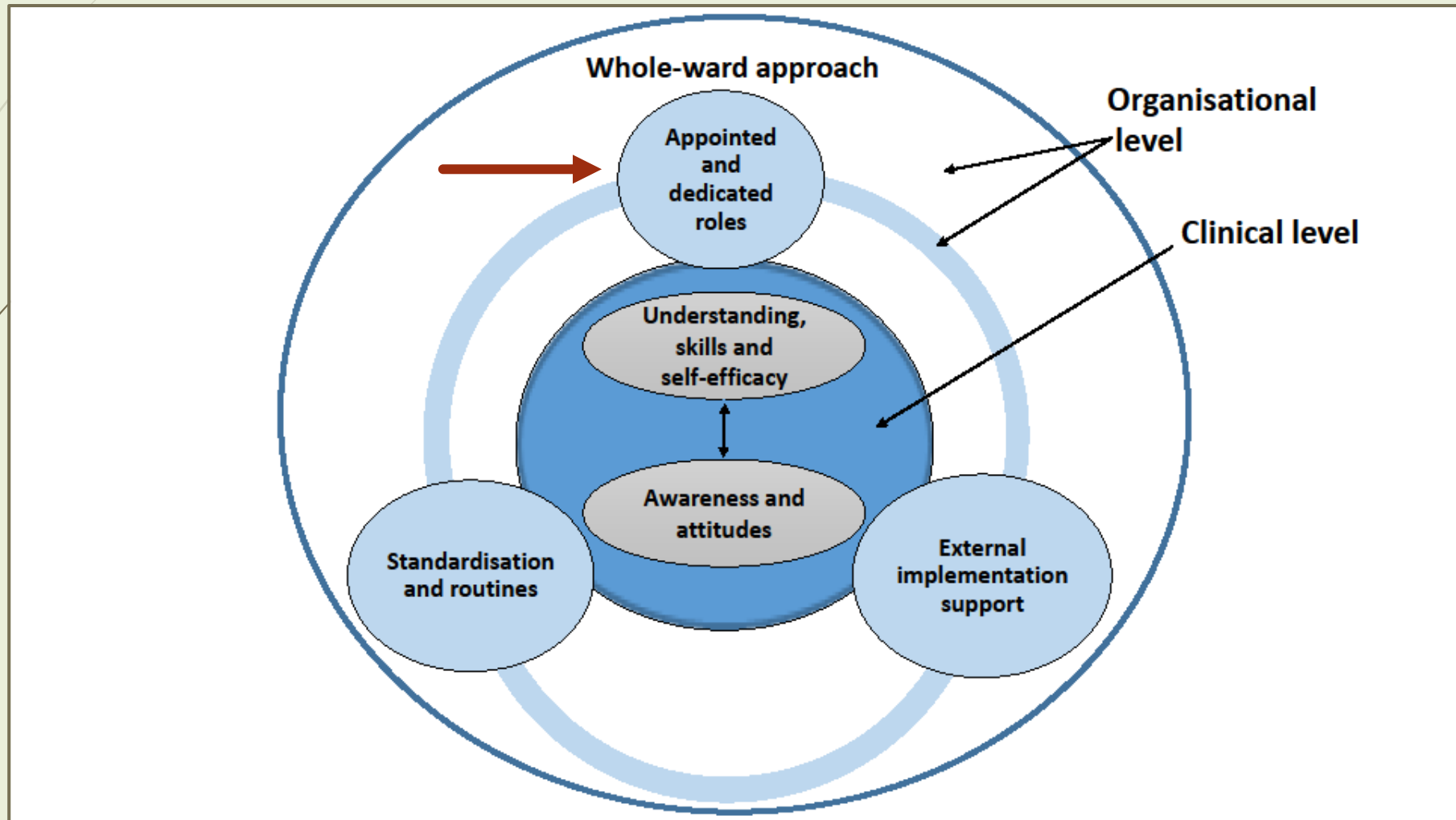


Standardisering og rutiner

Og jeg opplever at det er veldig få pasienter som sier nei til at vi får lov å gi pårørende den type informasjon. Men det er fordi at alle, alle blir satt opp til en samtale med meg hvor de får informasjon om pårørendetilbudet vi har her. Alle pasientene som kommer nye. Og så er det jeg som tar henvendelsen, og noen ganger så er det behandlerne. Og behandlerne snakker også mye med pårørende nå synes jeg.

(Pårørendekoordinator)

Fremmer: Utnevnte, dedikerte roller

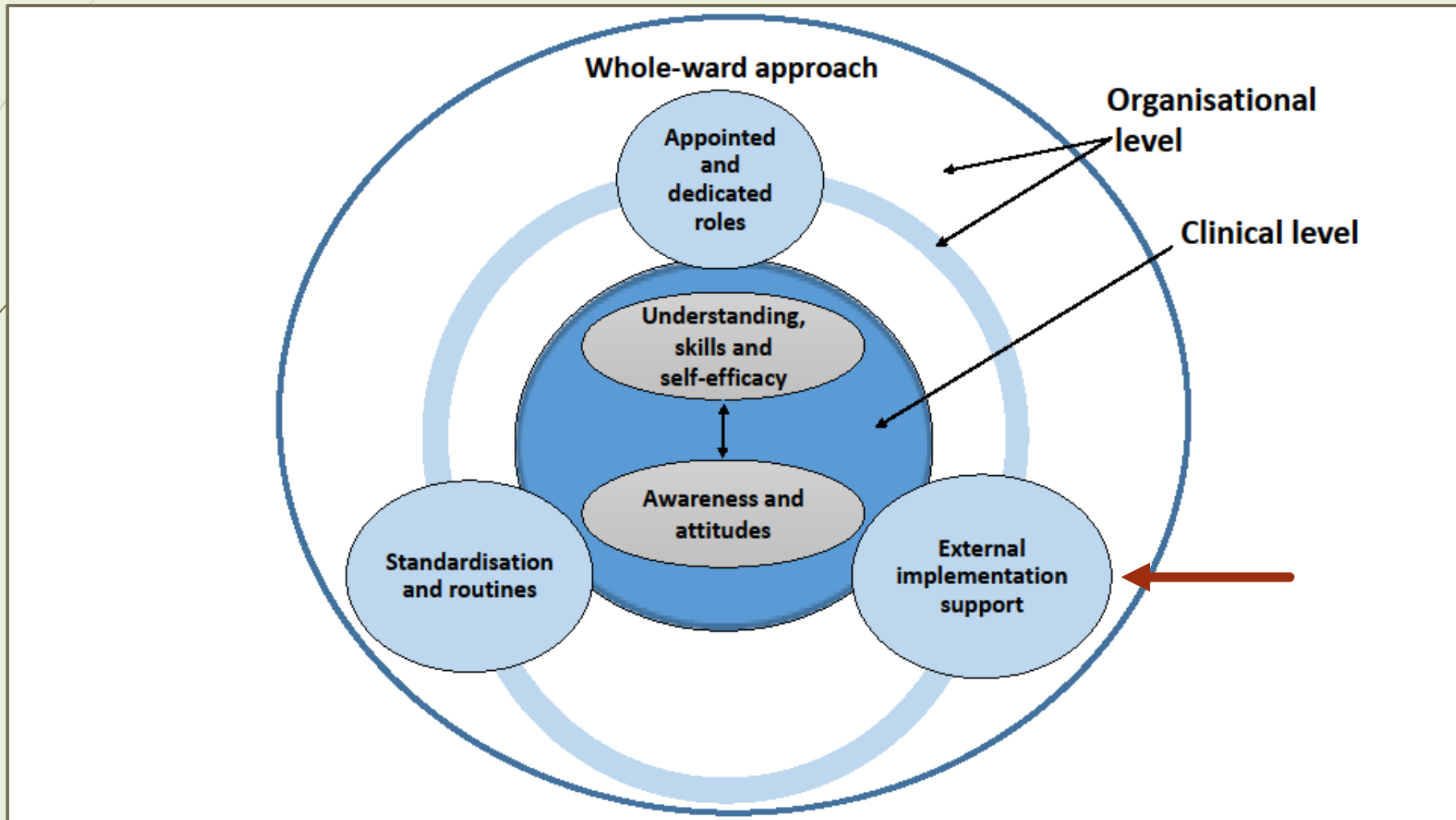


Utnevnte og dedikerte roller

Jeg opplever at de to pårørende-koordinatorene våre er en kjempeviktig ressurs i å minne oss om pårørendes rettigheter, og hvor viktige de er. Jeg tror vi trenger dem. Min erfaring er at jeg klarer ikke å rekke over alle oppgavene som terapeut, så det er så fint å ha dem med på laget. De minner meg om noe som er naturlig for dem, men som ikke alltid har vært det for meg. Som terapeut har jeg hovedsakelig vært vant med å fokusere på den enkelte pasient.

(Behandler)

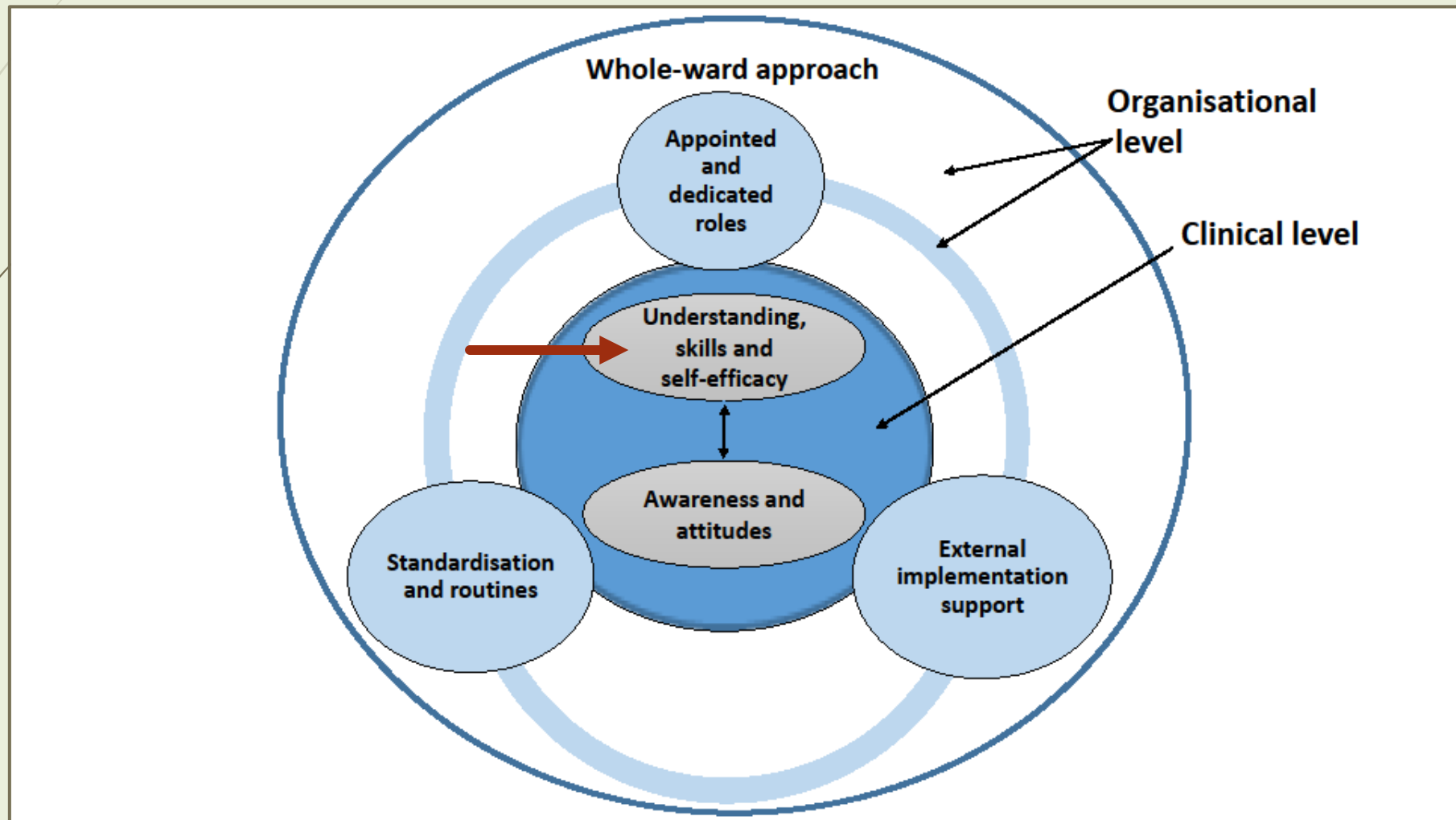
Fremmer: Ekstern implementeringsstøtte



Ekstern implementeringsstøtte

Jeg tenker jo at det viktigste for oss er at vi har fått hjelp til å sette oss ned og se på hva vi har (...) det er klart, på en måte så har jo den fidelity-studien, den har jo bekrefta det vi visste. Og det at vi liksom ikke har sluppet det, da, selv i vanskelige tider. At vi har hatt forbedringsteamet og at vi har prøvd å komme i gang med grupper, og det å systematisere måten vår å jobbe på, det hadde vi jo ikke fått til hvis ikke dere var på banen sammen med oss. For det har drevet oss. Så det er jeg veldig glad for, for ellers så hadde det fadet ut, det er jeg ganske sikker på.

Fremmere: Bedre forståelse, ferdigheter og mestringstro



Bedre forståelse, ferdigheter og mestringstro

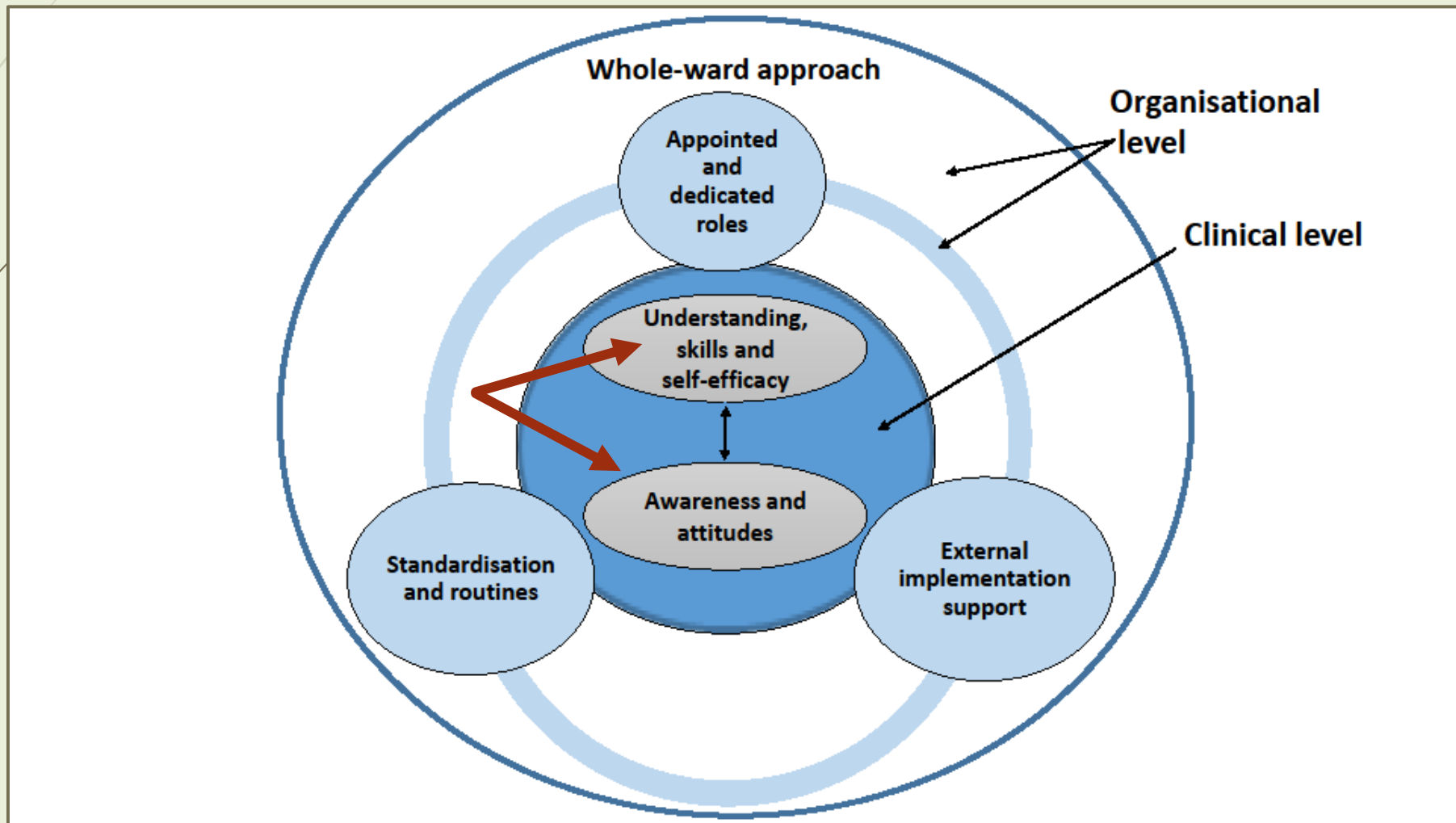
Pårørende er en kjempeviktig kilde til informasjon. Både om utviklingshistorien, hvordan de fungerer, ja, for å høre hvordan det går med pasienten ute i verden.

(psykiater)

Vi får en liten «reminder» på hva som er de nasjonale retningslinjene for behandling av psykoselidelser da. Og i alle fall at det er såpass høyt oppe blant de mest virksomme intervensjonene, nettopp det å koble på pårørende i en eller annen form. Det tror jeg er nyttig fordi det, det kan fort, kan fort gå i glemmeboka det og. Og tenke at vi holder oss veldig mye til individualterapi og medisinerer, også glemmer man den biten som kanskje egentlig har best evidens i behandlingen da.

(psykolog)

Fremmere: Økt bevissthet og mer pårørendevennlige holdninger



Økt bevissthet og mer pårørendevennlige holdninger

... det jeg har av erfaring fra før jeg begynte å jobbe her, det er jo litt sånn kanskje en holdning.. for jeg jobbet med rus før, og da var det litt mer sånn holdning at «hvis pårørende tar kontakt så har du taushetsplikt». Og så er det litt sånn ja, og jeg var livredd hver gang jeg fikk telefon fra pårørende fordi jeg ante ikke hva jeg kunne si og hvis jeg sa litt for mye så kunne jo det bli kjempefeil og, altså det var liksom en veldig skummel ting, da (...) og dette er jo et felt hvor pårørende ringer hele tiden og er kjempefrustrert, og jeg tenker at der kunne man også hatt PEF, PEF til rusfeltet egentlig.

Holdninga som jeg sitter litt sånn med nå da, mer sånn kontra at behandling er noe man har for seg selv og behandler har taushetsplikt og der skal ikke familie få vite så mye - så er det litt sånn motsatt her at behandling er noe man har, går i, i samarbeid med familie, også gjør man heller noen inntaksvurderinger der en tenker at, her.. her er det bra at behandling er noe du har for deg selv og at vi ikke informerer, for det hender jo en tenker det også, at her tror jeg det er lurt at familien ikke er så involvert. Men det er heller unntaket, kontra andre veien i hvert fall som jeg husker det fra der jeg jobbet før, at det var heller unntaket der jeg turte å involvere familien.

Og det blir jo ganske sånn annerledes holdning å sitte med selv da, og bare den telefonen... ja nå har mor ringt, og så kjenner du bare pulsen stiger og tenker «åh nå må jeg være den stygge slemme som sier nei, og det kan jeg ikke si igjen» – kontra nå som det er litt mer sånn «å ja, ringer du, hva kan jeg hjelpe deg med – altså man er litt mer sånn... serviceinnstilt, kanskje?

Prosjektet har jo også bidratt til mer åpenhet eller, ja, det å tørre å samarbeide med pårørende da. Det er ikke så skummelt, at det er ikke kriminelt liksom. Sånn man tenkte før.

Før var jeg skeptisk. I dag mener jeg at jeg ikke får gitt god behandling hvis jeg ikke involverer de pårørende.

(Behandler)

Tiltak som til sammen bedret håndteringen av taushetsplikten (og slik fremmet gode dialoger)

- Opplæring (av alle ansatte) i pårørendesamarbeid
- Praktisere pårørendesamarbeid: «Learning by doing»
- Standardisering av pårørendesamarbeidet f.eks.:
 - Prosedyrer for å kartlegge og komme i kontakt med pårørende ved første innleggelse/kontakt
 - Samtaleguide for en-til-en samtaler med pasient og pårørende, og fellessamtaler

Forstå forskjellen på personlig og generell informasjon

§ 21. Hovedregel om taushetsplikt

«Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks **legems- eller sykdomsforhold** eller **andre personlige forhold** som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell».

Eksempler på personlig og taushetsbelagt informasjon:

- Diagnose
- Behandling
- Sosiale og økonomiske forhold
- Andre personlige forhold, som for eksempel bruk av rusmidler

En pasient jeg hadde, en ung kvinne, hun ville ikke involvere foreldrene sine i behandlingen, fordi hun trodde jeg ville fortelle dem hvor mye hasj hun hadde røyka.

(Sykepleier)

Forstå forskjellen på personlig og generell informasjon forts.

Eksempler på generell informasjon som ikke faller inn under taushetsplikten:

- Hvordan vi jobber med pårørende her hos oss
- Hvis diagnose er kjent: informasjon om diagnosen, symptomer, behandling, og prognose.
- Hvor de pårørende kan få støtte og hjelp for sin egen del
- Pårørendes rettigheter

I samtale med pårørende kan helsepersonell
- uavhengig av samtykke:

- Gi generell informasjon
- Snakke om informasjon som allerede er kjent
- Lytte til de pårørende og anerkjenne deres situasjon
- Henvise til relevante støttetilbud (eller helsehjelp), for de pårørendes egen del

Endringer i hvordan klinikerne forstod og praktiserte taushetsplikten

Før implementering

- Klinikerne manglet kompetanse og erfaring i pårørendesamarbeid
- Hovedfokus: Lovverk og deling av informasjon
- Konfidensialitetspraksiser: Hindret pårørendesamarbeid
- Konsekvenser: **Ingen kontakt/informasjon**

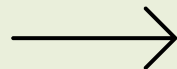
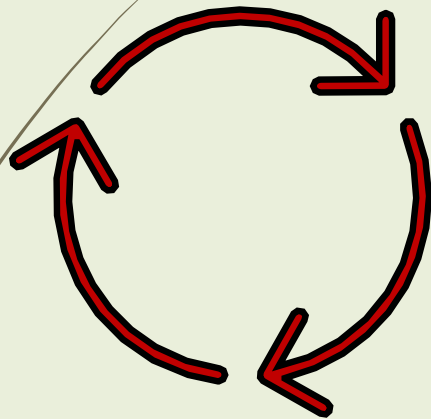


Under/etter implementering

- Klinikerne fikk kompetanse og erfaring i pårørendesamarbeid
- Hovedfokus: Å bygge/beholde pasientens relasjoner
- Konfidensialitetspraksiser: Fasiliterte pårørendesamarbeid
- Konsekvenser: **Kontakt ble etablert/adekvat informasjonsflyt**

Hemmere og negative samhandlingssirkler

Hemmere som f.eks. manglende rutiner, usikkerhet hos ansatte, og uheldig håndtering av taushetsplikten



Mulige konsekvenser

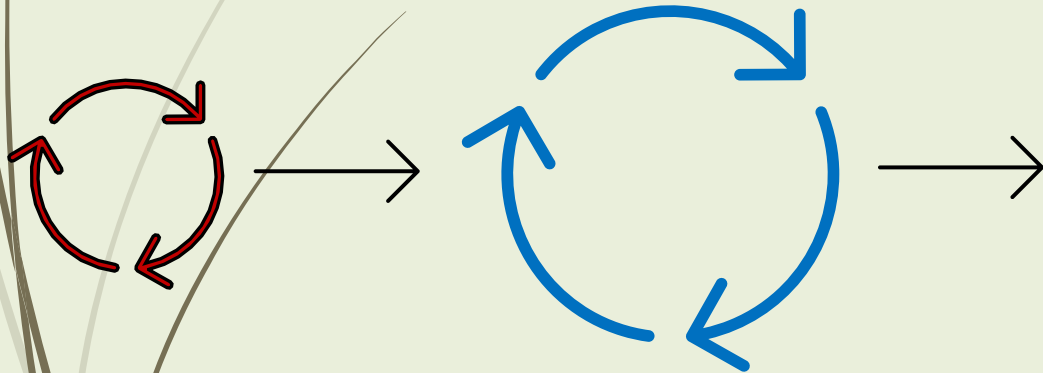
- **Pårørende** som samarbeidspartner forblir utnyttet
- Pårørende må stå i pårørenderollen alene
- Pårørende kan selv bli utslitte og syke (nye pasienter?)
- **Pasientene** får ikke anbefalt behandling*
- Pasientene kan blir sykere
- Pasientene mister (muligheten for) viktige sosiale relasjoner eller de forringes
- Pasientene fratras mulighet til reell medvirkning (ugyldig samtykke)
- **Helsepersonell** mister tilgang på komparentopplysninger
- Helsepersonell mister tilgang på samarbeidspartner «der ute»
- Helsepersonell erfarer etiske utfordringer, stress, usikkerhet
- Dårligere kvalitet på **tjenestetilbudet**
- **Evidensbaserte praksiser** tas ikke i bruk

... en annen hemmer som jeg ser er litt at, eh... at pårørende har blitt vanskjøtta over mange, mange, mange år. Og det gjør at mange pårørende har et litt sånn anstrengt forhold til hjelpeapparatet, ikke sant, de har ikke følt seg sett, de har ikke følt seg hørt (....) så det innebærer at veldig mye av den kontakten som de har når de henvender seg til helsepersonell er veldig mye sånn «containereffekt» som vi kaller det da, sånn... sånn øse ut om hvor frustrert de er over hjelpeapparatet – og det de gjør skaper litt sånn dårlig relasjon til behandlere, for de opplever jo seg selv som personer som er veldig opptatt av å både ivareta pårørende og pasienter, ikke sant.

(Vernepleier)

Fremmere og positive samhandlingssirkler

Fremmere som f. eks.
 Ledelsesforankring, systematisering,
 økt kompetanse, og en mer
 pårørendevennlig enhetskultur



Fasiliterer:

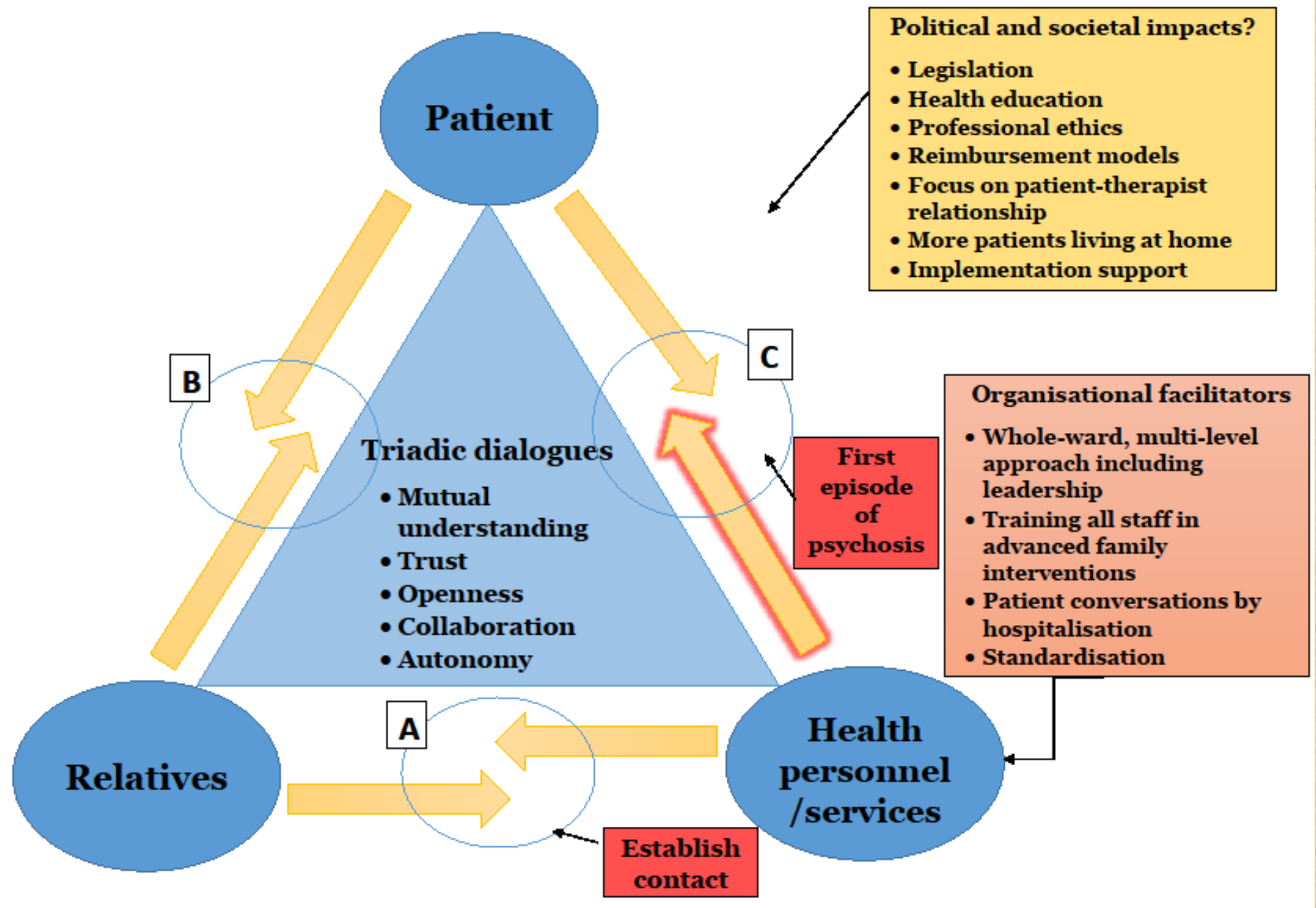
- **Pårørende** kan bidra i behandling og omsorg
- Pårørende kan få støtte og veiledning i pårønderollen
- Forebygger at pårørende selv blir utslitte og syke (forblir en ressurs, ikke pasient)
- **Pasientene** får anbefalt behandling*
- Pasientene opplever tilfriskning/mestring
- Pasientene sosiale relasjoner etableres/beholdes/styrkes
- Pasientene får en reell mulighet for medvirkning (informert, gyldig samtykke)
- **Helsepersonell** får tilgang på komparentopplysninger
- Helsepersonell får tilgang på samarbeidspartner «der ute»
- Helsepersonell håndterer etiske utfordringer bedre og opplever mindre stress og større mestringstro i jobben
- Bedre kvalitet på **tjenestenes** helse- og omsorgstilbud
- **Evidensbaserte praksiser** tas i bruk

Vi presenterer PEF (psykoedukativt familiesamarbeid) veldig fort som et tilbud her hos oss. Og det vi ser, ikke sant, er jo at vi får inn pårørende som er helt på alle høyder. Aggressive, sinte, har ikke blitt møtt i systemet før, føler seg helt hjelpeløse. Det morsomme... du ville ha eksempler... en mor som på en måte kranglet fra hun kom inn i ekspedisjonen og var misfornøyd med det meste. Og så kom hun inn i dette arbeidet her, og nå er alt rolig. Det er fredelig, de er så fornøyde, altså du ser en måte effekten av det å få kunnskap, og vite at vi er her, man kan ringe når som helst. Og at de er kontinuitet i oppfølgingen. Vi ser at klimaet hjemme roer seg og bekymringene til foreldrene daler. Det er egentlig veldig flott å se altså.

(PEF-gruppeleder)

Nye måter å snakke med pasientene om pårørendesamarbeid på

- «Sånn jobber vi her»
- Tydeliggjøre hvorfor pårørendesamarbeid kan være betydningsfullt for brukeren (gjerne gi gode eksempler fra andre pasienter som har hatt gode erfaringer)
- Gi utfyllende informasjon om hva pårørendesamarbeid og involvering betyr i praksis
- Aktiv lytting for å avklare brukers ønsker, behov, og bekymringer
- Trygge bruker i at hen styrer hvilken informasjon som kan deles - og med hvem



Faktorer på nasjonalt nivå som påvirker implementeringen av pårørendesamarbeid - prelimindære funn

- Økende politisk pårørendefokus, men preg av «**fine ord, men lite handling**»
- For lite fokus på **implementering** (sette de gode tiltakene ut i klinisk praksis)
- **Endringsarbeid** er krevende – fordrer tålmodighet og ressurser
- Mangelfull **lovgivning**
- Helsepersonell lærer for lite om pårørendesamarbeid i **utdanningsløpene**
- Pårørendefokuset er nær sagt fraværende i **profesjonsetiske retningslinjer**
- **Dagens finansieringsordninger** hindrer at tjenestene prioriterer pårørendesamarbeid
- Mangel av egnede **dokumentasjonssystemer**
- Manglende **kvalitetsindikatorer**
- Bedre implementering fordrer **nivå- og sektorovergripende planer/policy**
- For å styrke pårørendefeltet trengs **kontinuerlig forskning og fagutvikling**
- Viktig bakteppe: **Deinstitusjonaliseringen** av de psykiske helsetjenestene

Nettsider BPS:

[Bedre Pårørendesamarbeid - Institutt for helse og samfunn \(uio.no\)](#)

Vitenskapelige artikler:

[Barriers and facilitators when implementing family involvement for persons with psychotic disorders in community mental health centres – a nested qualitative study.](#)

[The duty of confidentiality during family involvement: ethical challenges and possible solutions in the treatment of persons with psychotic disorders.](#)

Utvalgt populærvitenskapelig formidling:

[Familiesamarbeid: Hemmere og fremmere for implementering - Oslo universitetssykehus HF \(oslo-universitetssykehus.no\)](#)

[Ny forskning om pårørendesamarbeid – viktig for pasientene, pårørende og samfunnet - Institutt for helse og samfunn \(uio.no\)](#)

[Pårørendesamarbeid ved psykoselidelser - Erfaringskompetanse.no](#)

Kontakt:

k.m.hansson@medisin.uio.no



Illustrasjon: Istockphoto.com

Samtale på scenekanten

- Faktorer som hemmer og fremmer godt pårørendesamarbeid i tjenestene

- ▀ Lege og forsker i Bedre Pårørendesamarbeid-prosjektet
Maria Romøren, Senter for medisinsk etikk, UiO
- ▀ Spesialsykepleier Mia Iversen,
FoU-avdelingen Vestre Viken HF
- ▀ Psykiatrisk sykepleier Trude Ottem,
Vestfold DPS
- ▀ Spesialkonsulent Inger Stølan Hymer,
TIPS Sør-Øst

