

# **Brukermedvirkning i tilsyn av helse- og omsorgstjenester**

## **En kvalitativ studie av erfaringsmedarbeidernes oppgaver og roller i tilsyn**

(User involvement in the inspection of health and care services  
A qualitative study on the user representative's roles and tasks during inspection)



**Unni Tangen**

Masteroppgave i klinisk helsevitenskap  
(Master Thesis in Clinical Health Science)  
Anvendt klinisk forskning

Juni 2017

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Det medisinske fakultet  
Institutt for samfunnsmedisin



## Abstract

**Background:** Through the project “Strengthened involvement of patients, users and next of kin in inspection of health and care services”, three user representatives participated in the inspection team together with personnel from the Country Governor.

**Purpose:** The purpose of the study was to investigate what tasks and roles the user representatives had in the inspection process.

**Methods:** This was a qualitative study using individual and group interviews with the inspection team. Interviews were conducted before, during and after the inspection process.

**Result:** The results showed that the main task of the user representatives was to contribute to a broader factual base by getting the perspective of the service users and next of kin. The user representatives participated actively in collecting information, but the training they received was viewed as a weak base for participation in the evaluation of findings. The user representatives felt equal, heard and seen and this role was described as new and unknown, limited and poorly defined. Nevertheless, the participation from the user representatives added an extra dimension.

**Conclusion:** The study showed that the user representative main task was to contribute a larger factual basis. In order for the user representatives to be able to participate more actively in the deviation assessments, they should receive relevant training.

**Relevance:** This knowledge may be of significance for future implementation of user involvement in the inspection of health and care services. User involvement in planning, implementation and evaluation can strengthen the user role. Future studies will be able to contribute increased knowledge about the user representative’s tasks and roles in inspection. There is also a need for knowledge that describes what is good user involvement, also from the experience of the user representatives.

## Innhold

|   |    |
|---|----|
| Abstract .....  | 2  |
| 1 Bakgrunn .....  | 5  |
| 1.1 Problemstilling .....   | 6  |
| 1.2 Statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenester .....                     | 7  |
| 1.3 Begrunnelser for brukermedvirkning .....                                | 8  |
| 1.4 Sentrale begrep .....   | 8  |
| 1.4.1 Brukerrepresentant .....  | 8  |
| 1.4.2 Brukerkompetanse .....  | 9  |
| 1.5 Evalueringsprosjektet: «Brukere som informanter i systemrevisjon» ..... | 10 |
| 1.6 Bakgrunn og forberedelser i tilsynsprosessen .....                      | 11 |
| 2 Teori .....   | 13 |
| 2.1 Modeller for brukermedvirkning .....                                    | 13 |
| 2.2 Empowerment .....   | 16 |
| 2.3 Samproduksjon .....   | 17 |
| 2.3.1 Hvilke oppgaver og roller har bruker i samproduksjon? .....           | 19 |
| 2.3.2 Utfordringer for brukerrepresentantene .....                          | 20 |
| 2.3.3 Rammefaktorer av betydning for brukermedvirkning .....                | 21 |
| 3 Metode .....  | 23 |
| 3.1 Studiedesign .....  | 23 |
| 3.2 Rekruttering og utvalg .....  | 23 |
| 3.3 Datainnsamling .....  | 24 |
| 3.4 Analyse .....   | 25 |
| 3.5 Etikk .....   | 26 |
| 4 Resultat .....  | 27 |
| 4.1 Erfaringsmedarbeidernes oppgaver før, under og etter tilsyn .....       | 27 |
| 4.2 Trygg i tilsynsteamet .....   | 28 |
| 4.3 Fullverdig medlem .....   | 28 |
| 4.3.1 Bli hørt, sett og tatt på alvor .....                                 | 28 |
| 4.3.2 Bidra til å utforme tilsynet .....                                    | 30 |
| 4.4 Kvalifikasjoner som erfaringsmedarbeider .....                          | 32 |
| 4.4.1 Erfaringsbasert kunnskap .....  | 33 |
| 4.4.2 Mellommenneskelige ferdigheter .....                                  | 33 |
| 4.4.3 Grunnleggende kunnskap om tilsyn .....                                | 34 |
| 4.5 Intervju av beboere .....   | 35 |
| 4.5.1 Krevende intervju .....   | 36 |
| 4.5.2 Pårørende ble talsperson for beboer .....                             | 38 |

|   |    |
|---|----|
| 4.6 Befaring i lokalene .....   | 38 |
| 4.7 Supplere Fylkesmann under intervju.....                                       | 39 |
| 4.8 Vurdere revisjonsfunn .....   | 39 |
| 4.9 Rammefaktorer av betydning .....  | 41 |
| 5 Diskusjon.....  | 43 |
| 5.1 Oppsummering av resultat .....  | 43 |
| 5.2 God opplæring – et felles ansvar .....  | 43 |
| 5.2.1 Mellommenneskelige ferdigheter.....   | 44 |
| 5.2.2 Kunnskap på systemnivå.....   | 45 |
| 5.2.3 Representere brukerperspektivet .....                                       | 45 |
| 5.3 «Skvis» mellom satsningsområde og manglende forankring.....                   | 47 |
| 5.4 Hvilken kunnskap er nødvendig for å planlegge og utføre beboerintervju? ..... | 47 |
| 5.5 Aktive i innhenting av funn og tilbaketrasket under vurderingene.....         | 48 |
| 5.6 Diskusjon av metode .....   | 51 |
| 5.6.1. Forskerens ståsted .....   | 51 |
| 5.6.2 Rekruttering og utvalg.....   | 52 |
| 5.6.3 Datainnsamling.....   | 52 |
| 5.6.3 Analyse.....  | 53 |
| 6 Konklusjon .....  | 55 |
| Referanser.....   | 57 |
| Vedlegg .....   | 61 |
| Vedlegg 1 .....   | 63 |
| Vedlegg 2 .....   | 65 |
| Vedlegg 3 .....   | 67 |
| Vedlegg 4 .....   | 69 |
| Vedlegg 5 .....   | 73 |
| Vedlegg 6 .....   | 75 |

## 1 Bakgrunn

Partnerskap mellom myndighetene og frivillige organisasjoner er en del av en fremtidsrettet politikk (1). Dette utgjør et skifte i forholdet mellom staten og befolkningen. Stortingsmelding 26 «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» beskriver målet om å skape pasientens helsetjeneste (2). Dette innebærer at brukernes behov skal settes i sentrum og de skal medvirke i utformingen av fremtidens helsetjenester.

Brukermedvirkning er forankret i demokratiske verdier og handler om folkets rett til å delta i beslutningsprosesser. Det startet med borgerrettighetsrevolusjonen i USA på 1960 tallet (3). Folk demonstrerte mot rasediskriminering og stilte krav om at de svarte skulle ha de samme rettighetene som de hvite. I 1978 kom Alma-Ata deklarasjonen, vedtatt av Verdens helseorganisasjon (WHO). Her ble det fremhevet at pasienten har en plikt til å delta for å bidra til et bærekraftig helsevesen (4). I dag er brukermedvirkning et helsepolitisk lovpålagt satsningsområde. Brukermedvirkning på systemnivå er regulert i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-10 (5). Kommunen skal ha brukermedvirkning i saker som gjelder utforming av tjenester, etablere system for medvirkning og bør legge til rette for samarbeid med brukerorganisasjoner. I tillegg er brukermedvirkning regulert i Helseforetaksloven § 35 (6), lovbestemt for kommunale elderåd og råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne (7,8), samt forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 4 (9).

Brukermedvirkning kan foregå på individnivå eller på systemnivå (10). Når bruker selv påvirker sitt hjelpe- og behandlingstilbud er medvirkningen på individnivå. Florin og Dixon definerer brukermedvirkning på systemnivå som; når en tidligere, nåværende eller kommende bruker av helsetjenesten er involvert i planlegging og utforming av tjenesten (11). Reell brukermedvirkning innebærer innflytelse i beslutningsprosesser på like vilkår (12). Samproduksjon (co-production) knyttes tett opp til brukermedvirkning og innebærer at bruker er en likeverdig partner med rett til å påvirke tjenesten (13). Hunter og Ritchie definerer samproduksjon som «..a particular form of partnership between people who use social care services and the people and agencies who provide them» (14 s. 9).

Flere studier har blitt gjort om brukermedvirkning på systemnivå. En systematisk oversikt viste at nivået av brukermedvirkning var lavt og førte til moderat suksess (15). En annen systematisk oversikt viste at brukermedvirkning førte til at bruker fikk økt tilfredshet med

egen situasjon, i tillegg fikk ansatte som hadde fått opplæring av brukere en mer positiv holdning til brukerne (16). Det er med andre ord motstridende resultater og i en tredje oversiktsartikkel kom det frem at både forskning og praksis hemmes av ulik begrepsbruk (17). I følge en case-studie kan brukermedvirkning i kvalitetsarbeid ha en viktig rolle (18). Dette forutsatte planlegging og ledelse, en klar begrunnelse for medvirkningen og involvering tidlig i prosessen. I tillegg måtte rollen og ansvaret til brukerrepresentanten være avklart og i samsvar med den enkeltes kompetanse. En annen studie viste at politiske forventninger om involvering av pasienter i planlegging og forbedring av tjenester på sykehus ikke ble innfridd (19). Denne studien konkluderte med at det er behov for økt kunnskap, endring av kultur og tydelige prioriteringer fra ledere for at brukermedvirkning skal kunne få større betydning i kvalitetsarbeid.

Brukermedvirkning i tilsyn er et satsingsområde for Statens helsetilsyn og fylkesmennene fram til 2018 (20). Fylkesmann i Sør-Trøndelag har fått prosjektmidler fra Statens helsetilsyn for å styrke brukerinvolveringen i tilsynsarbeidet. Prosjektet «Styrket involvering av pasienter, brukere og pårørende i tilsyn» omfatter tilsyn ved helse- og omsorgstjenester på sykehjem og tjenester til psykisk utviklingshemmede. Så langt er det gjort lite forskning på brukermedvirkning i tilsyn, samtidig framstår brukermedvirkning som et virkemiddel i utviklingen av framtidens velferdstjenester. Og det er derfor behov for å få mer kunnskap om erfaringer med brukermedvirkning som en del av tilsyn ved sykehjem.

## **1.1 Problemstilling**

Målet med denne studien var å undersøke:

Hva er erfaringsmedarbeiderne sine oppgaver og roller i tilsyn av helse- og omsorgstjenester?

Denne masteroppgaven omfatter tilsyn på sykehjem og utgjør en av to deler i evalueringen av prosjektet: «Styrket involvering av pasienter, brukere og pårørende i tilsyn».

## 1.2 Statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenester

Brukermedvirkning i tilsyn har forankringer til England hvor de har jobbet med denne metoden i mange år. Her samarbeider fagpersonell og erfarne brukere av omsorgstjenester i tilsynsarbeidet. I Norge har ikke dette vært vanlig praksis. For Fylkesmann i Sør- Trøndelag innebar dette prosjektet derfor en omstilling fra tradisjonell arbeidsmetode til et samarbeid med frivillig sektor, om å utforme og gjennomføre tilsyn, og dermed «sitte på samme side av bordet».

Statens helsetilsyn og fylkesmennene er tilsynsmyndigheter for helse- og omsorgstjenestene (21). Fylkesmann har det utøvende ansvaret. Tilsyn har til hensikt å sikre at helse- og omsorgstjenester blir drevet på en faglig forsvarlig måte. Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 slår fast: «Enhver som yter helsetjeneste skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter» (ibid).

I følge Nasjonal strategi for kvalitet i sosial og helsetjenesten er et av målene at tjenesten involverer brukere og gir dem innflytelse (22). «Prosedyren for tilsyn» beskriver at det kan være nyttig med informasjon fra brukerne for å få kunnskap om områder med risiko for svikt (23). «Samtaler med disse kan bidra til å gi et mer detaljert og konkret bilde av hvilke utfordringer virksomheten har med å oppfylle sine forpliktelser» (23, s. 10). Samtidig er det beskrevet at intervju med bruker ikke kan benyttes som revisjonsbevis.

Ved tilsyn innhentes informasjon fra flere kilder i samsvar med tema for tilsynet, kravene til internkontroll og revisjonskriteriene i helse- og sosiallovgivningen (23). Informasjonen må være tilstrekkelig sannsynliggjort og pålitelig for at den skal betraktes som fakta. Dette krever at flere kilder peker i samme retning. Kildene som benyttes er intervju av ansatte, gjennomgang av styringsdokumenter og journaler, befaring i miljøet, eventuelt samtaler med beboere.

Tillit, troverdighet og gode faglige vurderinger er avgjørende for legitimitet i tilsynsrollen (ibid). Rollen krever kompetanse om tjenesten og tema for tilsynet, samt rollebevissthet, høy tilsynsfaglig kompetanse og metodiske ferdigheter. Nok tid og ressurser til forberedelser av

tilsyn er helt avgjørende for et godt sluttresultat, inkludert at revisjonsteamet har den kompetansen som er nødvendig (ibid).

Systemrevisjon brukes som metode ved tilsyn. «En revisjon er en systematisk uavhengig og dokumentert prosess for å fremskaffe revisjonsbevis og bedømme om revisjonskriteriene er oppfylt» (23, s. 4).

### **1.3 Begrunnelser for brukervedvirkning**

Brukermedvirkning kan begrunnes ut fra en demokratisk rett til å påvirke og ivareta egne interesser (10). Bruker får da et medansvar og kan påvirke tjenestene. Norges offentlige utredninger (NOU) «Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten» beskriver: «Brukermedvirkning er en demokratisk rettighet og er i tråd med verdigrunnlaget i helsetjenesten» (24, s. 19). Brukermedvirkning handler om innflytelse, og om den enkeltes rett til å være representert i utviklingsarbeid og beslutningsprosesser (25).

En annen begrunnelse er ut fra et nytteperspektiv der fokus er på resultatet av brukervedvirkningen. Brukerne involveres da for å opplyse politikken og beslutningsprosessen (10). Her avgrenses innflytelse til at bruker blir hørt, der målet er nytteverdien.

Samproduksjon kan begrunnes med at bruker både har rett til å påvirke tjenestene ut fra et demokratisk perspektiv, og at bruker har ressurser og kompetanse som kan bedre tjenesten basert på et nytteperspektiv (13).

### **1.4 Sentrale begrep**

#### **1.4.1 Brukerrepresentant**

Andreassen definerer en brukerrepresentant på følgende måte:

Brukerne kan være representert både ved mennesker som selv er brukere, og ved nærpersonene deres, for eksempel de pårørende. Særlig er det aktuelt i situasjoner der brukeren selv ikke er i stand til å være brukerrepresentant (..) I andre sammenhenger kan brukerrepresentanten være ansatte i brukerorganisasjoner (10, s. 23).

I følge Barnes blir brukerrepresentanten en mer effektiv samarbeidspartner når personen opptrer på vegne av gruppens erfaringer (26). Andreassen beskrev at representanter fra brukerorganisasjoner har et kunnskapsfundament som representerer et kollektiv. Dette er



viktig for å kunne opptre på vegne av brukergruppen (10). Heftet «Grunnopplæring i brukermedvirkning» utarbeidet av Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) og Studieforbundet Funkis handler om brukermedvirkning på systemnivå, altså representerende medvirkning (25). Begrepet representerende medvirkning innebærer at brukerrepresentanten representerer mer enn egne erfaringer (25). Dette forutsetter innhenting av kunnskap fra brukermiljøet, både fra brukerne og brukerorganisasjonen. Brukerrollen innebærer dermed å sammenligne erfaringer og generalisere dem for deretter å vurdere hvordan behovene kan møtes (10).

I denne studien benevnes brukerrepresentantene som erfaringsmedarbeidere.

### **1.4.2 Brukerkompetanse**

I følge Andreassen innebærer brukerkunnskap:

Brukerkunnskapen er kunnskapen om det å ha sykdom, om hvordan sykdom og behandling virker inn på kroppen, hverdagen og livet.(..) Brukerkunnskap er også kunnskap om den enkeltes møte med helsetjenesten og hjelpeapparatet, om hvordan behandlingssystemet og hjelpetilbudene oppleves fra pasientståsted (10, s.109).

Rollen som brukerrepresentanten krever i følge Andreassen kunnskap om rollen og oppgaven som brukerrepresentant, virksomhetens organisering og styring (10). I en studie av brukerutvalg og brukerråd fant Andersen (27) at viktig kompetanse for brukerrepresentanter er:

- Egne erfaringer, evne til å lytte til og se brukergruppens behov
- Engasjement og mot til å si i fra
- Innsikt om systemet og virksomheten

Erfaringskonsulenter har tre kvaliteter av betydning for brukernes opplevelse av tillit, aksept og forståelse (25). For det første å formidle håp, for det andre å være en god rollemodell og til slutt evnen til å være empatisk. Empati omfatter å sette seg inn i andres situasjon noe, som er en forutsetning for å kunne ta andres perspektiv (ibid).

En studie fra Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP) fant at erfaringskonsulentene (brugerrepresentantene) hadde behov for opplæring om følgende tema (28): Brukerperspektivet, brukerrettigheter og brukervedvirkning. I tillegg var følgende til god hjelp; evne til å være løsningsorientert og diplomatisk, tydelig kommunikasjon og mot til å stille kritiske spørsmål og stå i strid (ibid). Kommunikasjon ble også vektlagt i hefte «Grunnopplæring for brukerrepresentanter» (25). Her kom det frem at metoden i brukervedvirkning er samhandling og dialog, ikke opposisjon og protest.

Brukerrepresentanten anbefales å investere tilstrekkelig tid i forberedelse, vise tålmodighet når resultatene ikke kommer med en gang og ha pågangsmot til å framføre budskapet selv når det synes liten vilje til lytte. Brukerrepresentanten kan være en konstruktiv, men likevel kritisk brukerstemme (25, s.12).

En kritisk brukerrolle innebærer å gi konstruktiv kritikk, etterspørre mer dokumentasjon, bidra med erfaringer i en tidlig utviklingsfase og ikke være naiv med tanke på at virkningen blir i samsvar med intensjonen (ibid).

Andersen beskriver at for mange er rollen som brukerrepresentant en læringsprosess som innebærer å bruke sanser, følelser, refleksjon og øve opp nye ferdigheter (27). Dessuten er kunnskap om den offentlige politikken og forskning på området med å gir et grunnlag for å kunne påvirke (27).

Innen psykisk helse og rus er «erfaringskonsulenter» ansatte med brukererfaring, de har enten egenerfaring fra helsetjenesten eller er pårørende til brukere (12). Rydheim og Svendsen konkluderte med at erfaringskonsulentene er en ressurs for å styrke brukerperspektivet i tjenestene, men dette forutsetter opplæring og veiledning (29). Davidson, Bellamy, Guy et al. beskrev tilsvarende at den optimale nytten av erfaringskonsulenter oppnås når personen har fått opplæring (30).

### **1.5 Evalueringsprosjektet: «Brukere som informanter i systemrevisjon»**

Så langt er det gjort lite forskning på brukervedvirkning i tilsyn. På bakgrunn av dette inkluderes her en beskrivelse av et tidligere evalueringsprosjekt som omhandler brukervedvirkning i tilsyn.

I et pilotprosjekt utført av Fylkesmann i Aust-Agder ble brukere inkludert som informanter som en del av tilsynsmetodikken (31). Dette ble begrunnet med at kvaliteten på tjenesten kan bli vurdert ulikt avhengig av om man spør bruker, pårørende eller ansatte. Informasjon fra brukerne ble brukt som en del av faktagrunnlaget og som revisjonsbevis. Prosjektet viste at brukerinvolvering bidro til sikrere informasjon om opplevd kvalitet i tjenestene og satte brukerperspektivet i fokus. Det kom frem at metoden ved brukerintervju hadde betydning for gyldigheten av informasjonen. De la vekt på at spørsmålene skulle invitere til å beskrive fakta. Rollespill ble beskrevet som nyttig i forberedelsene av intervjuet. Funn viste at 12 brukerintervju ga tilstrekkelig grunnlag med tanke på representasjon og gyldig informasjon.

Vi mener å ha vist at vi ved å gjennomføre brukerintervjuer både gjorde funn som vi ikke hadde fått tak i på annen måte, og som var vesentlige for utfallet av revisjonen, og at det ga revisjonen større troverdighet (31, s. 17).

I studiens drøftingsdel hevdes det at individuelle brukerintervju er; «(..) det eneste som kan brukes i en konkret bevisførsel av om tjenesten er i samsvar med vedtatte og beskrevne behov» (31 s.15).

## **1.6 Bakgrunn og forberedelser i tilsynsprosessen**

Høsten 2015 inviterte Fylkesmann i Sør- Trøndelag Pensjonistforeningen, Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU), Høgskolen i Sør og Trøndelag (HiST) og Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) til et orienteringsmøte. Fravær fra Pensjonistforeningen førte til at Pensjonistforbundet senere ble spurt om å rekruttere tre brukerrepresentanter / «erfaringsmedarbeidere» til å delta i tilsyn med tjenester ved sykehjem. Disse erfaringsmedarbeiderne fikk opplæring, kalt tilsynsskole, i to dager i regi av Fylkesmann (vedlegg 1). I tillegg deltok erfaringsmedarbeiderne i planleggingsmøter som en del av forberedelsene i tilsynsprosessen (vedlegg 2). Høsten 2016 innkalte Fylkesmann lederne fra utvalgte sykehjem til et ordinært informasjonsmøte. Her ble bakgrunn for prosjektet med erfaringsmedarbeiderne presentert. Samtidig fikk lederne i oppgave å finne en beboer, eventuelt pårørende til et intervju som en del av tilsynsbesøket.



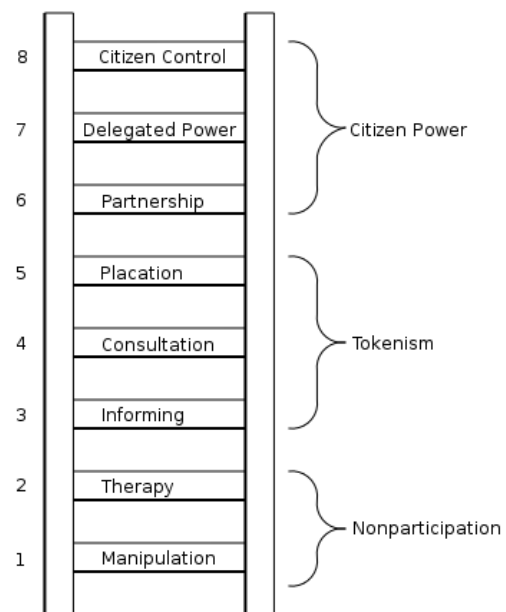
## 2 Teori

I dette kapittelet følger en redegjørelse av teoretiske modeller for brukermedvirkning. Videre beskrives empowerment og samproduksjon. Beskrivelsen retter seg mot forhold som har betydning for brukernes roller og oppgaver. I beskrivelsen av samproduksjon brukes de engelske begrepene.

### 2.1 Modeller for brukermedvirkning

Arnstein regnes som en pioner innen brukermedvirkning og skrev i 1969 om borgerdeltakelse i planprosesser i USA, om hvem som har makt til å ta avgjørelser i samfunnet (32). Her medvirket representanter fra befolkningen på systemnivå. Arnstein hevder at medvirkning uten makt er verdiløs.

I modellen deles medvirkning inn i et hierarki bestående av 8 trinn og tre nivå. Det første nivået viser «ikke deltakelse», der kontroll og makt preger ledelsen. Nivå to, tokenism, viser symbolsk deltakelse, der ledelsen samler informasjon, mens borgerne ikke får påvirke beslutningene. Reel brukermedvirkning er på toppen av hierarkiet og her har borgerne fått delegert makt.

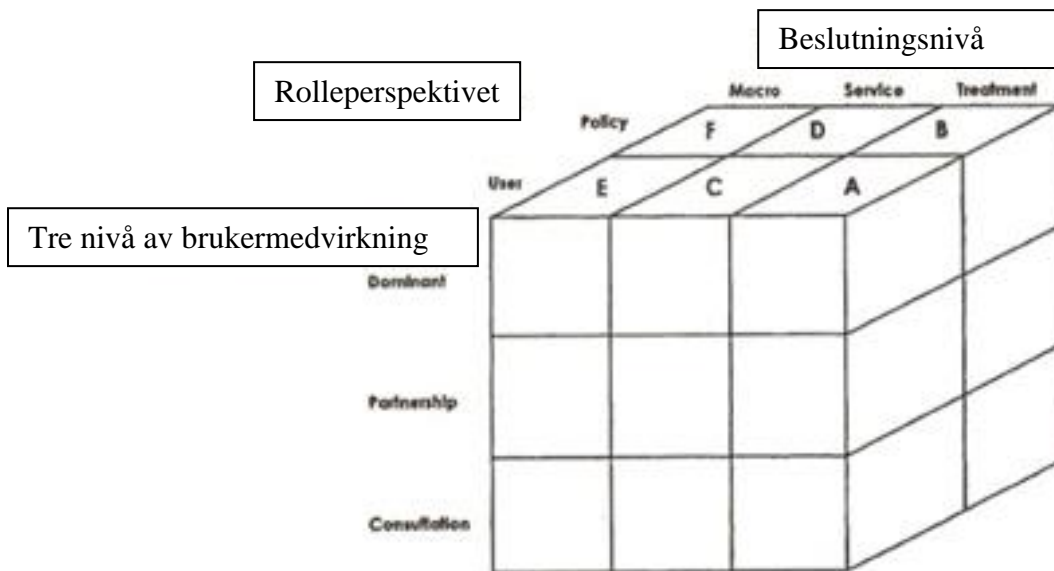


Figur 1 Arnsteins stige, nivå av medvirkning (1969)

Denne modellen har blitt kritisert for at den er lineær med fokus på makt (3, 33).

Modellen til Charles og DeMaio beskriver flere forhold av betydning for brukermedvirkning (34). For det første tre beslutningsnivå; individ-, service- eller systemnivå. For det andre kan brukerne medvirke i ulike roller for eksempel som pasient eller frivillig. For det tredje beskrives tre nivå av medvirkning. Det høyeste nivået, dominant, innebærer at brukerrepresentanten tar den endelige beslutningen. Partnerskap innebærer en enighet om å

dele ansvaret for planlegging og beslutninger. Konsultasjon derimot innebærer at brukerrepresentanten uttrykker sitt synspunkt uten å ha garanti for å bli hørt, da fagpersonene har siste ordet.



Figur 2 Modellen til Charles og DeMaio (1993) beskriver tre dimensjoner knyttet til brukermedvirkning. 1) Beslutningsnivå 2) Rolleperspektiv 3) Tre nivå av medvirkning

Tritter skiller mellom fem typer medvirkning som alle er ulike med tanke på mål, metode og hvem som er involvert (3). Behandling, tjenesteutvikling, evaluering av tjenester, utdanning og opplæring, samt forskning. Videre skiller Tritter mellom ulike roller bruker kan innta. Direkte involvering inkluderer brukeren i beslutningsprosessen i motsetning til indirekte medvirkning der helsepersonell bestemmer. Videre skilles det mellom medvirkning på individ- og systemnivå. Til slutt skilles det mellom reaktiv og proaktiv medvirkning. Reaktiv medvirkning innebærer at bruker agerer ut fra en eksisterende agenda, mens proaktiv kjennetegnes av at bruker setter dagsorden.

|            | Direct    |          | Indirect  |          |
|------------|-----------|----------|-----------|----------|
| Individual | Proactive | Reactive | Proactive | Reactive |
| Collective | Proactive | Reactive | Proactive | Reactive |

Figur 3 Tre forhold av betydning for brukermedvirkning. Rollene; direkte og indirekte. Beslutningsnivåene; individ- og systemnivå. Atferd; reaktiv og proaktiv medvirkning. (Tritter, 2009)

Knaapen og Lehoux beskriver en konseptuell modell som tar utgangspunkt i tre hensikter med brukermedvirkningen og hvordan de påvirker brukerrollen (35).

- 1) «Consumer choice»: Tilpasse klinisk arbeid på individnivå
- 2) «Democratic Voice»: Gi anbefalinger basert på kollektivets verdier
- 3) «Lay Expertise»: Å inkludere kunnskapen til erfarne pasienter

Her beskrives systemnivåene; «democratic voice» og «lay expertise».

Rollen ved «democratic voice» er basert på folkets rett til å delta. Her blir en «vanlig borger» bedt om å uttale seg om kollektive verdier. En «vanlig borger» skal være objektiv og ikke ha egeninteresser i saken. Dette ekskluderer pasienter, forskere og helsepersonell da de kan utgjøre en feilkilde som følge av at de ofte foretrekker forskningsbasert kunnskap, kan ha økonomiske og faglige interesser. For å sikre at representantene opptrer på vegne av befolkningens verdier skal personer rekrutteres fra en bred geografisk, etnisk og sosioøkonomisk gruppe. Motstandere av denne modellen hevder at en rettferdig beslutningsprosess og en god beslutning ikke alltid er identisk. For mye lydhørhet til borgerstemmen kan innebære at svar basert på forskning blir satt til side eller ignorert (ibid).

«Lay expertise» perspektivet beskriver rollen til bruker som en talsperson som snakker for og om erfaringene fra brukergruppen (ibid). Medvirkningen krever mer enn personlige erfaringer. Det innebærer å ha nær kontakt med gruppen som de representerer for å innhente erfaringer angående verdier, krav, ideer, meninger og muligheter. Rollen bidrar på den måten med et mangfold av erfaringer med tjenesten eller sykdom på tvers av utdanning, ideologi og etnisitet. Likhet i demografi er ikke en forutsetning for å være en god talsperson (ibid).

Derimot har kollektive organisatoriske og profesjonelle ferdigheter betydning for å kunne være en effektiv og god talsperson. Gode ferdigheter i kommunikasjon er en hjelp i formidlingen av erfaringene. I tillegg er det en fordel at den som har rollen er fortrolig med; å delta i diskusjoner, forstår terminologien, har kunnskap på fagområdet og kjenner til aktuell metode. Et tett samarbeid med profesjonelle vil kunne påvirke brukerrepresentanten vekk fra brukerperspektivet, noe som kan hemme den kritiske brukerstemmen fra å komme frem (ibid). Et nært samarbeid med brukergruppen vil kunne sikre en finansiell og intellektuell uavhengighet.

Videre blir empowerment beskrevet. Empowerment handler om folks rett og plikt til demokratisk deltakelse i fellesskapet. Brukermedvirkning bygger på teorien om empowerment (36).

## 2.2 Empowerment

Verdenskonferansen i Ottawa i 1986 representerer et paradigmeskifte fra paternalistisk tenking til empowerment (37). Dette innebar en maktfordeling fra helsepersonell til bruker ut fra en forståelse av at bruker er ekspert på seg selv. Empowerment har ingen konsensusdefinisjon og beskrives på ulike måter. Stang definerer empowerment som en maktoverføring, å gi makt til noen eller sette de i stand til (38). Kjernen i begrepet er «power», styrke, kraft eller makt og brukes både i forhold til enkeltpersoner og grupper som er eller har vært i en avmaktssituasjon og veien ut av denne.

I følge Askheim handler empowerment om å legge til rette for at personer får realisert sin iboende autonomi, ansvarlighet og evne til å ta selvstendige valg (36). Dette krever omfordeling av makt, medvirkning og anerkjennelse av brukerkompetansen. Det er flere forhold som har betydning for at bruker skal bli «empowered» og delegering alene er ikke nok (37). I følge Tveiten reflekterer gode samarbeidspartnere kritisk over egen væremåte, verdier, normer og yrkesutøvelse (ibid). Empowerment beskrives som en prosess på et kontinuum (36). Denne prosessen kan innebære å hjelpe en bruker til å medvirke. Kunnskap, ferdigheter og holdninger både hos bruker og fagpersoner har betydning.

Grimen beskriver forholdet mellom helsepersonell og bruker som en relasjonell makt (39). Dette innebærer at det er nær forbindelse mellom makt og tillit, der det er en asymmetri i makten mellom helsepersonell og bruker. Tillit er nødvendig i relasjonen mellom fagperson og pasient og bygger på moralen til fagpersonen. Tveiten viser til at Kanter deler makt inn i fire empowerment-strukturer (ibid):

- Muligheter: Handler om selvbestemmelse, å få mulighet til utfordringer, vekst og utvikling
- Informasjon: Handler om å ha nødvendig kunnskap for å kunne utføre oppgaven
- Støtte: Handler om tilbakemeldinger og ledelse fra kollegaer og samarbeidspartnere
- Ressurser: Handler om materielle ressurser, penger, utstyr og tid for måloppnåelse

Brukermedvirkning kan på den ene siden føre til en omfordeling av makt og mulighet til innflytelse, på den andre siden kan det i praksis innebære at makten holdes unna brukerne og gir et falskt inntrykk av resultatet. Brukermedvirkning kan skyldes to komplementære



hensikter; intensjonen kan på den ene siden være å fastholde makt, på den andre siden kan intensjonen være å dele den (40).

Videre blir co-production, på norsk samproduksjon, presentert. Empowerment og samproduksjon har til felles at de bygger på en tiltro til brukernes ressurser, deres kompetanse og ansvar for å medvirke til gode løsninger for seg selv og fellesskapet.

### 2.3 Samproduksjon

Brukermedvirkning innebærer at brukerrepresentanter får innflytelse på beslutningsprosesser. Dette innebærer ofte en mer indirekte innflytelse gjennom uttalelser fra brukerorganisasjoner, mens samproduksjon fokuserer på direkte medvirkning i utvikling av tjenesten (41).

Konseptet co-production, samproduksjon, ble utviklet av nobelprisvinner i økonomi Ellinor Ostrom på 1970 tallet, (42). Hun innså at utviklingen innen offentlige tjenester var vanskelig uten aktiv deltakelse fra de som mottok tjenesten. Forskning viste at ressursbruken i offentlige tjenester hadde sammenheng med samspillet med brukerne av tjenesten. For eksempel var utgiftene til politietaten lavere i byer der innbyggerne i større grad meldte fra om mistenkelige forhold. Resultatet av den tillitsbaserte samhandlingen mellom politi og innbyggere førte til økt trygghet for innbyggerne. Opprinnelig ble samproduksjon brukt mellom tjenesteytere og tjenestebrukere, mens i dag brukes begrepet også om pårørende, frivillige organisasjoner og sivilsamfunnet. I Norge ble samproduksjon beskrevet i utredningen Innovasjon i omsorg (43). Samproduksjon omtales som et viktig perspektiv og som et grunnlag for videre utvikling i omsorgstjenestene, ved at det utvikles nye relasjoner mellom brukere, fagpersonell og andre samarbeidspartnere (ibid).

I følge Needham og Carr tar samproduksjon utgangspunkt i en tiltro til brukernes kompetanse, deres evne til å ta samfunnsansvar og finne løsninger i tråd med egne og fellesskapets interesser (44). De som bruker tjenester har en annen kompetanse, derfor kan de bidra til å forbedre offentlige tjenester. Kompetansen til brukere og fagpersoner beskrives som komplementær. Samproduksjon krever aktiv involvering av brukerne når det gjelder hvordan fellesskapets sosiale kapital skal brukes og hvordan tjenestene fungerer. Dette innebærer en annen organisering av helse og omsorgstjenester.

Nedham og Carr skiller mellom tre nivå av samproduksjon; beskrivende, anerkjennende og transformativ (ibid).

- Beskrivende er det laveste nivået. Samarbeidet innebærer at brukerne følger det som er foreskrevet fra tjenesteyter. For eksempel at bruker tar medisinen som beskrevet.
- Anerkjennende innebærer en gjensidig anerkjennelse mellom brukerne og tjenesteyter. Tjenesten er mottakelig for brukerne sine behov og preferanser med tanke på at de kan bidra positivt i tjenesteutviklingen, selv om det ikke fører til endringer. Brukerne får økt forståelse for rammene, kostnadene og begrensningene innenfor offentlige tjenester. I tillegg har brukerne et felles ansvar for utvikling av tjenesten.
- Transformativ er den mest effektive formen for samproduksjon og gjenspeiler en modifisering av tjenester. Dette krever endring av makt og innebærer at bruker og fagperson møtes med likeverdig kompetanse for å identifisere behov og organisere tjenesten. Transformativ samproduksjon forutsetter bevisstgjøring og refleksjon blant helsepersonell over egen yrkesrolle og praksis. Denne modellen krever ny kompetanse og nye ferdigheter hos fagpersonell, anerkjennelse av brukerkompetanse, og vilje til å dele makt med brukerne. Nedham og Carr referer til Bovaird som skriver at bruker må stole på faglige råd, mens fagfolk må stole på avgjørelser til brukerne i stedet for å diktere dem.

Samproduksjon defineres ulikt. Bovaird og Löffler skriver «The public sector harnessing the assets and resources of users and communities to achieve better outcomes or lower costs» (45, s.36). Denne definisjonen understreker gjensidighet, men har mindre fast forankring til likestilling mellom partene. Videre fokuserer denne definisjonen på oppnåelse av bedre resultater eller lavere kostnader.

Askheim beskriver at gjensidige relasjoner mellom aktørene vil skape økt tillit og samhold, dette vil kunne føre til nye relasjoner og et nytt verdifelleskap (13). Rollen til bruker er å samarbeide med ansatte, brukere og med innbyggerne (45). Brukerne kan beskrive verdien av tjenesten for brukerne, legitimere behov og gi anbefalinger til leverandøren av tjenesten.

Pestoff beskriver at både belastningen ved å delta, og viktigheten av tjenesten for den enkelte eller dens nærpå personer, har betydning ved deltakelse i samproduksjon innen offentlige tjenester (42). Folk engasjerer seg i kollektive handlinger på grunn av at de er villige til å ofre kortsiktig egeninteresse for en sak hvor de kan oppnå fordeler på lengre sikt, enten individuelt

eller kollektivt. En brukerorganisasjon kan få tillit som følge av at de snakker på vegne av mange, noe som kan bidra til at de lettere blir hørt og dette vil igjen kunne oppmuntre dem til å bruke tid og ressurser for å oppnå kollektive fordeler (ibid).

### **2.3.1 Hvilke oppgaver og roller har bruker i samproduksjon?**

Bovaird og Löffler viser til at tidligere omfattet oppgaven til bruker i hovedsak tjenesteproduksjonsprosessen, mens i dag kan oppgavene i samproduksjon omfatte alle faser (45). Begrepet kan i følge Askheim deles inn i tre områder; samarbeid om planlegging og utvikling, tjenesteproduksjonsprosessen og evaluering av tjenesten (36).

Ulike forfattere har beskrevet ulike oppgaver og tilnæringer relatert til samproduksjon deriblant (45):

#### 1) Samarbeid om planlegging og utvikling

- «Co-planning» av politikk, for eksempel planlegging av offentlige rom
- «Co-prioritization» av service, for eksempel deltakelse i budsjettarbeid

#### 2) Samarbeid om leveringen av tjenesten

- «Co-design» av service, for eksempel bruker tilbyr konsultasjoner
- «Co-managing services», for eksempel fritidssenter
- «Co-delivery», for eksempel støttegrupper med brukermedvirkning

#### 3) Samarbeid om evaluering av tjenesten

- Co-assessment, co-monitoring and co-evaluation, for eksempel evaluering

Samproduksjon omfatter ulike oppgaver, samtidig er det fornuftig at tjenester som kun omfatter en av disse oppgavene beskrives konkret og at man da unngår å bruke den generelle terminologien samproduksjon, da det lett kan misforstås (45). I Storbritannia har de tradisjonelt skilt mellom oppgavene; tjenestepanlegging og tjenestetilbud. Bovaird og Löffler mener full samproduksjon innebærer både «co-commissioned», samarbeid i planlegging av tjenesten og «co-provided», samarbeid om leveringen av tjenesten (45).

### 2.3.2 utfordringer for brukerrepresentantene

Bovaird og Löffler beskriver flere mulige hinder som kan ha betydning for brukerrollen (45).

- Samproduksjon avgrenset til tjenesteproduksjonsprosessen.
- Samproduksjon krever nye ferdigheter for å utnytte ressurser i befolkningen.
- Brukermedvirkning innebærer kostnader. Samproduksjon kan være økonomisk lønnsomt, men vanligvis kan ikke denne verdien produseres uten penger.

Ewer og Evers beskriver at det er en fare for at brukerrollen endrer status fra frivillighet til plikt (46). Krav om kunnskapsbasert praksis i helsevesenet gjør at brukerne må ha verktøyene de trenger i rollen for å unngå å bli andre rangs eksperter sammenlignet med helsepersonell. Et utopisk syn på en perfekt «ekspert-bruker» kan føre til at man overser behovet for rammer og praksis som bidrar til tillit til offentlige tjenester og blant profesjonelle.

Brukerorganisasjoner kan få en sentral rolle for å fremme brukernes kompetanse og sørge for rammer som beskytter og myndiggjør brukerne.

Carr beskriver at samproduksjon initiert fra «velferdsbyråkratiet» i utgangspunktet er en «top-down» -strategi i motsetning til en «bottom up» strategi der initiativet kommer fra brukerne og deres organisasjoner (47). Ofte beskriver offisielle dokumenter samarbeidet mellom tjenesteyter og bruker som et partnerskap, mens i praksis er brukermedvirkning et spenningsfylt og utfordrende område. Det er ifølge Barnes og Cotterell en spenning mellom initiativ som er «brukerledet» i motsetning til offisielt bestemt (48). Rollen som brukerrepresentant kan innebære en balanse mellom å være i opposisjon og å samarbeide tett med lederne i virksomheten (10). På den ene siden kan den kritiske brukerrollen hemme innflytelse, på den andre siden kan et tett samarbeid medføre en fare for at brukerrepresentanten blir fanget av forståelsen til de profesjonelle. Brukerrollen kan bli undergravd hvis representantene har en større nærhet til de profesjonelle enn brukerne (19).

Samproduksjon kan betraktes som en anerkjennelse av brukernes kompetanse og som en kvalitetsbedring, samtidig kan motivet bak være knyttet til reduserte offentlige kostnader (45). Forskning på brukermedvirkning viser at bruker ofte har en rådgivende funksjon, der bruker formidler erfaringer og synpunkter, mens helsepersonell tar beslutningene (19).

### 2.3.3 Rammefaktorer av betydning for brukermedvirkning

Brukermedvirkning påvirkes av politiske føringer og flere offentlige utredninger viderefører perspektivet om samproduksjon (43, 49, 50). I tillegg har flere studier vist at opplæring er en forutsetning for optimal brukermedvirkning (28, 29, 35). Viktig kompetanse for brukerrepresentanten omfatter fagområdet og virksomheten, samt kunnskap om brukerrollen. Dessuten har samarbeidspartneres kunnskap, holdninger og ferdigheter betydning (36, 37).

En systematisk oversiktsartikkel av Tempfer og Nowak viser at følgende rammefaktorer kan fremme medvirkning (15).

- Partnerskap med etablerte brukerorganisasjoner
- Tilstrekkelig intern og ekstern kommunikasjon
- God prosjekt logistikk og mindre prosjekter
- Tilstrekkelig finansering

I følge heftet «Grunnopplæring for brukermedvirkning» kan oppdragsgiver fremme brukermedvirkning i planleggingsfasen ved å invitere til et samarbeid som inkluderer (25):

- Å drøfte arbeidsform og mandat
- Å komme med saker til en felles agenda
- Tid til å bli kjent
- Tilstrekkelig tid til felles diskusjon
- Deltakelse og engasjement fra alle parter



## 3 Metode

### 3.1 Studiedesign

Problemstillingen i denne studien var å undersøke hva er erfaringsmedarbeiderne sine oppgaver og roller i tilsyn av helse- og omsorgstjenester?

For å utforske deltakernes erfaringer med brukermedvirkning i tilsyn ble et kvalitativt studiedesign valgt basert på individuelle semi-strukturerte intervju, fokusgruppeintervju og dialogmøte. Kvalitativ metode er egnet for å utforske holdninger, forventninger og erfaringer, i tillegg til samhandling og utviklingsprosesser (52). Denne metoden ble valgt da den er egnet for å få forståelse av deltakernes tanker og erfaringer knyttet til erfaringsmedarbeiderne sine roller og oppgaver i teamet.

### 3.2 Rekruttering og utvalg

Tilsynsteamet bestod av tre erfaringsmedarbeidere og to ansatte fra Fylkesmann. Til sammen var det tre kvinner og to menn. I planleggingsfasen og ved første intervjufase deltok en tredje ansatt fra Fylkesmann, denne personen var ikke en del av tilsynsteamet.

Alle deltakerne ble forespurt direkte om å delta og samtykket til det. Deltakerne utgjorde et strategisk utvalg.

Erfaringsmedarbeiderne er i alderen 64-71 år, to av dem har vært pensjonister i to år og en i fem år. De har alle hatt verv som tillitsvalgte på ulike nivå og to har i mange år vært aktive i organisasjonsarbeid. En av dem har tidligere jobbet i helsesektoren, mens to har jobbet i en offentlig etat. Alle har erfaringer som pårørende til brukere ved sykehjem eller kommunale tjenester.

Deltakerne fra Fylkesmann har helsefaglig bakgrunn, en av dem har jobbet over ti år hos Fylkesmann, mens den andre har jobbet der mindre enn fem år.

### 3.3 Datainnsamling

Intervjuene ble gjort i perioden fra august 2016 til januar 2017. I forkant fikk deltakerne muntlig informasjon om studien og de undertegnet et skriftlig samtykke (vedlegg 3).

Data ble innsamlet ved bruk av tre semi-strukturerte individuelle intervju, fem fokusgruppeintervju og ett dialogmøte (figur 4). Det ble brukt delvis strukturerte intervjuguider med åpne spørsmål (vedlegg 4).

|                        | August-september før tilsyn | Oktober etter første tilsyn | Desember etter siste tilsyn | Januar 2017 |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------|
| Ansatte hos Fylkesmann | Individuelle intervju       | Fokusgruppe-intervju        | Fokusgruppe-intervju        | Dialogmøte  |
| Erfaringsmedarbeiderne | Fokusgruppe-intervju        | Fokusgruppe-intervju        | Fokusgruppe-intervju        |             |

Figur 4 Tidspunkt og metode for datainnsamlingen.

Individuelle semi-strukturerte intervju ble valgt som metode for å få informasjon fra de ansatte hos Fylkesmann vedrørende deres bakgrunn og arbeidsoppgaver, samt forventninger og holdninger til brukermedvirkning i tilsyn.

Separate fokusgrupper, en for erfaringsmedarbeiderne og en for ansatte hos Fylkesmann, ble valgt da denne metoden inviterer til erfaringsutveksling og refleksjon der ny forståelse kan vokse frem gjennom samspillet i gruppa. Hensikten var å få økt forståelse basert på deltakernes samlede kunnskap. Relativt homogene grupper kan i følge Tjora være gunstig og skape samhørighet (53). Like grupper ble valgt da det kan gjøre det lettere å dele erfaringer.

Ved siste datainnsamling ble dialogmøte valgt for å kunne presentere foreløpige funn til hele tilsynsteamet, både ansatte hos FM og erfaringsmedarbeiderne. Gjennom denne tilnærmingen kan deltakerne få ny innsikt og mulighet til å diskutere og belyse tema dypere og bredere.

Intervjuguider ble tilpasset for hver datainnsamling. I det første intervjuet «før tilsynsbesøkene» ble følgende tema tatt opp: forventninger, tilsynsskolen, utfordringer og muligheter. De øvrige intervjuene dreide seg om erfaringene fra tilsynsbesøkene. Tid og sted for intervjuene ble avtalt ut fra praktiske hensyn for informantene. De individuelle intervjuene



tok fra 30 – 60 minutter, mens fokusgruppeintervjuene tok ca. 90 minutter. Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert ordrett.

I tillegg til deltakelse i innsamlingen av data var forsker til stede som observatør under opplæringen av erfaringsmedarbeiderne og i ett av tilsynsbesøkene. Dette ga innsikt i gjennomføringen og hadde betydning for å få en oversikt over erfaringsmedarbeiderne sin deltakelse i prosjektet og en generell forståelse av tilsynsvirksomheten til Fylkesmann.

### 3.4 Analyse

Analysen ble gjort ved hjelp av systematisk tekstkondensering (52). Intervjuene ble transkribert og analysert fortløpende. Dette bidro til at aktuelle tema ble identifisert og at intervjuguidene ble justert underveis i prosjektet.

Systematisk tekstkondensering består av fire stadier: (1) Å danne seg et helhetsbilde av teksten, (2) plukke ut de meningsbærende utsagnene og gruppere dem etter tema, (3) sammenfatte innholdet fra de meningsbærende utsagnene, og til slutt (4) skrive en samlet beskrivelse i tredjeperson (ibid). Først ble den transkriberte teksten lest for å få en helhetlig oversikt over materialet og tema. I teksten fra dialogmøtet pekte følgende hovedområder seg ut; fullverdig medlem i tilsynsteamet, valg av erfaringsmedarbeider, erfaringer, intervju med beboer, bakgrunnen til erfaringsmedarbeider, samt roller og oppgaver. I trinn to ble de meningsbærende utsagn plukket ut og systematisert i koder med utgangspunkt i temaene identifisert i fase en (53). Her ble tekst sortert og limt inn i en Excel tabell, der temaene ble kodet i ulike fargegrupper for lettere å kunne sortere dem. Disse kodegruppene ble justert flere ganger og til slutt inndelt i fire kategorier, alle med fokus på erfaringsmedarbeiderne: - Rolle og kompetanse. - Erfaring. - Oppgave. - Innflytelse. Trinn tre bestod av å sammenfatte essensen av de meningsbærende enhetene, med deltakernes egne ord og i samsvar med sammenhengen de ble gitt i. Analyseprosessen var dynamisk; underveis i prosessen ble det vekslet mellom arbeid med koder, kategorisering, refleksjon, og lesing av transkripsjonene på nytt. I fjerde trinn ble det skrevet en sammenhengende analytisk tekst med sitat. Med utgangspunkt i teksten ble overskrifter formulert. Underveis i arbeidet dukket det opp nye perspektiver og essensen i teksten ble tydeligere. For eksempel kom det frem at erfaringsmedarbeiderne sin rolle omfattet spennet fra en rolle som aktivt medvirkende til å være tilbaketrukket på sidelinjen. Analyseprosessen førte til oppdagelser og en

tilbakevendende lesing av «råteksten» for å validere delene mot helheten i teksten. Veileder har lest transkripsjonene og deltatt i diskusjon rundt analysearbeidet.

### 3.5 Etikk

Alle som deltok i studien undertegnet samtykke i forkant av intervjuene. Utvalgte sykehjem ble orientert om forskerens rolle og tilstedeværelse i varslingsbrev og i møte før selve tilsynet. Alle opplysninger som fremkommer i prosjektet oppbevares etter NTNUs prosedyrer og regler. Framleggingsvurdering er behandlet hos Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i Midt - Norge (REK) og prosjektet karakteriseres ikke som medisinsk og helsefaglig forskning (vedlegg nr. 5). Godkjenning til oppbevaring av persondata ble søkt hos Norsk senter for forskningsdata (NSD) (vedlegg nr. 6).

Etiske betraktninger ved dybdeintervju knyttes gjerne til anonymiseringen av data og innhenting av informasjon slik at ingen kommer til skade (53). Forutsetningen for bruk av opptaksutstyr i forskning er at det er innhentet et informert samtykke på forhånd og der deltakeren gjøres kjent med sin rett til å stoppe opptaket (54). Informantene i dette prosjektet hadde god forståelse av risiko, fordeler og ulemper knyttet til å delta. Det er et begrenset antall ansatte som jobber med aktuelle tilsyn hos Fylkesmann og antall erfaringsmedarbeidere er begrenset, derfor ble det arbeidet spesielt med anonymiseringen av informantene. Tjora beskriver at hvis det er umulig å garantere anonymitet bør sitater sendes informantene for at de skal vite hvordan de har blitt referert (53). Dette ble ikke vurdert som nødvendig i denne studien. Det transkriberte materialet er anonymisert, merket med informantnummer og oppbevares på passord beskyttet PC. Erkjenningen av at all forskning hviler på en tillit mellom forsker og informant gjorde at konfidensialitet og respekt ble vektlagt i arbeidet.

Ved å formidle resultatene tilbake til deltakerne, får de noe tilbake for interessen og velviljen de har vist under intervjuene. Forhåpentligvis kan studien bidra til kunnskapsutvikling og dermed ha en nytteverdi både for Fylkesmann, erfaringsmedarbeiderne og brukerorganisasjonen.

## 4 Resultat

I resultatdelen blir det brukt følgende forkortelser, ansatte hos Fylkesmann (FM) og erfaringsmedarbeidere (EM). Presentasjonen av resultatene er inndelt i følgende ni områder:

- Erfaringsmedarbeiderne sine oppgaver før, under og etter tilsyn.
- Trygg i tilsynsteamet.
- Fullverdig medlem, omfatter å bli hørt, sett og tatt på alvor, samt å bidra til å utforme tilsynet.
- Kvalifikasjoner som erfaringsmedarbeider.
- Intervju av beboere.
- Befaring i lokalene.
- Supplere Fylkesmann under intervju av ansatte.
- Vurdere revisjonsfunn.
- Rammefaktorer av betydning.

### 4.1 Erfaringsmedarbeidernes oppgaver før, under og etter tilsyn

Ansatte hos Fylkesmann (FM) beskrev at erfaringsmedarbeiderne (EM) hadde fire oppgaver i arbeidet med tilsyn:

- Delta i opplæringen på tilsynsskolen.
- Forberede og utforme tilsynet.
- Innhente, formidle og diskutere informasjon under tilsynet.
- Gi tilbakemelding på tilsynsrapporten og delta i å evaluere tilsynsprosessen.

| <b>Erfaringsmedarbeidernes arbeidsoppgaver</b> |  |
|--|--|
| Tilsynsskolen                                  | Tilegne seg kompetanse om tilsyn   |
| Forberede tilsyn                               | Lese dokumenter<br>Delta i formøter<br>Utforme spørsmålsguide og plan for intervju av beboer / pårørende<br>Supplere Fylkesmann sin spørsmålsguide til ansatte   |
| Under tilsynsbesøket                           | Intervjue beboer og pårørende<br>Uformelle samtaler i minglearealet<br>Befaring i miljøet<br>Supplere Fylkesmann under intervju av ansatte<br>Motta informasjon fra journalgjennomgang fra Fylkesmann<br>Diskutere i arbeidsmøtene |
| Etter tilsyn                                   | Gi tilbakemelding til Fylkesmann på utkast til rapport<br>Evaluere tilsynsprosessen  |

Figur 5 Erfaringsmedarbeidernes oppgaver, slik de ble beskrevet av deltakerne.

## 4.2 Trygg i tilsynsteamet

Hele teamet fortalte at de opplevde at de fungerte veldig godt, både sosialt og under tilsynet. EM beskrev at de følte seg inkludert. Det var en fordel, ifølge FM, at alle i teamet var så trygge på hverandre at de kunne «dra på» i diskusjonene uten å måtte ta hensyn fordi man ikke viste hvordan andre ville reagere.

*Det er viktig at man har fått belyst de forskjellige sider, hvis ikke risikerer man å lande på feil konklusjon. Og da er det nettopp det, at de som er kritiske og uenige må si sitt. Hvis ikke den kritiske stemmen får komme frem og bli hørt så er det ganske klart at sjansen for at man gjør feil vurdering blir større. Det er en diskusjonsfase der man noen ganger blir mer tydelig og setter ting litt på spissen og slikt kan misforstås, kanskje hvis man ikke er vant til å være med på det. (FM)*

## 4.3 Fullverdig medlem

Teamet beskrev at å være fullverdig medlem i tilsynsteamet innebar for det første å bli hørt, sett og tatt på alvor, for det andre å delta i å utforme tilsynet.

### 4.3.1 Bli hørt, sett og tatt på alvor

EM beskrev sin forståelse av fullverdig medlem som knyttet til en følelse av å ha blitt tatt på alvor, mens FM brukte ordene å bli hørt, sett og tatt hensyn til. Dette innebar, ifølge FM, at alle i teamet fikk formidlet sine synspunkt og disse ble vurdert opp mot hverandre, noe som forutsatte at de lyttet til hva EM hadde å si.

*Vi må slippe dem til. De har ikke vært med på det før, men det har vi. Så er det viktig at vi ikke blir for styrende først og fremst. Da kan det lett bli slik at vi fortsetter å gjøre det akkurat slik som vi gjorde det sist gang og gangen før det og gangen før der. Også blir det slik at de blir et slags brukeralibi som sitter der. Så det krever av oss at vi hører reelt på hva de har å si, de forslagene de kommer med, det de mener. (FM)*

FM fortalte at det å være fullverdig medlem handler om å tillegge det som blir sagt lik vekt. FM beskrev alle i teamet som likeverdige partnere, samtidig sa de at revisjonslederen er sjefen og har det siste ordet i vurderingene. Fullverdig medlem var i følge FM ikke ensbetydende med at alle i teamet tok like mye del i de administrative oppgavene. Dette forklarte FM med

at det hovedsakelig er revisjonslederen som gjør den praktiske tilretteleggingen, mens teamet deltar i å utforme verktøyene som skal brukes, for eksempel spørsmålsguidene.

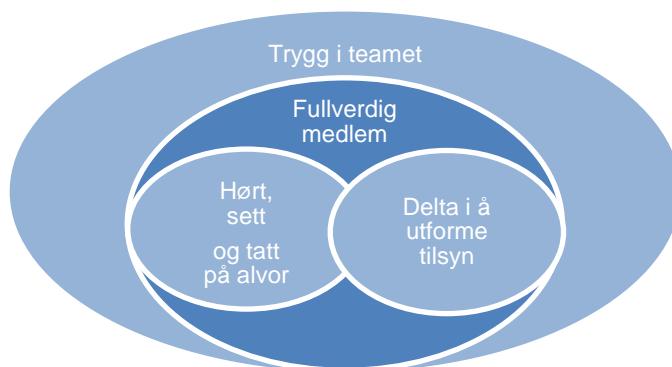
EM fortalte at de følte seg likeverdige og verdsatt.

*Det var sagt at vi skulle være likeverdige og da måtte vi oppføre oss deretter også. Vi kunne ikke bare stille oss bak (..), vi måtte bare stå frem med det vi hadde å by på.*

*(EM)*

EM fortalte at holdningene og væremåten til FM hadde betydning for dem. De fortalte at de opplevde at FM til tross for høy kompetanse på feltet «holdt igjen» for at de skulle få plass til å si sine meninger.

*Jeg får det bekreftet veldig ofte at hvis du skal lære noe og få gitt av deg selv maksimalt så må det være en god teamleder. Og vedkommende har vært en god leder. Teamleder har vært inkluderende, vedkommende har ikke tatt noen stor plass selv og FM har vært dyktige til å holde igjen litt, for det er klart det for de to der som har drevet med tilsyn i mange år, er det helt sikkert gått rutine i dette. (EM)*



Figur 6 Sirkelen viser at trygghet danner grunnlaget for å være fullverdig medlem i tilsynsteamet. Illustrasjonen er laget av forfatteren.

#### 4.3.2 Bidra til å utforme tilsynet

I følge FM innebar fullverdig medlem at alle i teamet deltok i å utforme tilsynet. FM fortalte at de tidligere hadde valgt tjenestested og tema for tilsynet ut fra en risiko- og sårbarhetsvurdering. Videre ga FM uttrykk for at det ligger til dem å velge tema og begrunnet dette med at det må være både praktisk gjennomførbart og ha en vesentlig betydning å invitere brukerne. Samtidig sa FM at risiko- og sårbarhetsvurderingen vil kunne baseres både på en faglig analyse og kunnskapen brukerne har.

*Det er et spørsmål om hvor dypt brukerinvolveringen skal stikke da. (FM)*

Fullverdig medlem handlet, i følge FM, om å påvirke gjennomføringen av tilsynet ved å utforme spørsmålsguider og samtalen med beboerne.

*De er med i hele prosessen også med å stille spørsmålene som vi skal stille ute. Er med og planlegger hvem skal vi snakke med, hva skal vi se etter, så det eneste de ikke er med på nå er journal gjennomgang. Så det er langt større grad en medvirkning for å kreere tilsynet, også er de delaktige når vi kommer ut også til å kunne stille egne spørsmål. (FM før første tilsyn)*

FM fortalte at de lagde utkast til spørsmålsguide til ansatte, mens EM bidro med supplerende spørsmål. Flere av forslagene fra EM var ifølge FM allerede dekket.

*Jeg synes at de bidro, de laget sin egen liste over hva som var relevante spørsmål sett i fra deres synspunkt. Det er klart at det var deres første tilsyn og det er helt naturlig at det blir måte vi som sitter i førersetet og vi som driver det rundt (FM).*

EM ga imidlertid uttrykk for at det var veldig verdifullt å delta i arbeidet med å lage spørsmålsguiden til de ansatte, da det gjorde det lettere for dem å følge med under intervjuene. I tillegg fikk de inn noen viktige punkt om tannhelse og om de fysiske forholdene.

*Jeg synes vi har fått inn småtterier hist og pist. (EM)*

EM lagde utkast til spørsmålsguide til beboerne og pårørende og dette ble i følge FM diskutert på lik linje med spørsmålsguiden til ansatte. Videre fortalte FM at de mente forslaget var fornuftig derfor ble det ikke gjort endringer.

Å utforme tilsynet handlet i følge FM om hvordan intervjuet av beboerne skulle gjøres. FM fortalte at EM var spørrende til hvordan de skulle gå frem. FM ønsket at oppgaven til EM skulle utformes i et samspill der innholdet ble til underveis ut fra erfaringene man fikk i prosessen. Teamet beskrev at det skulle være en skjermet samtale med en beboer som var forespurt på forhånd. Videre fortalte de at EM hadde frie rammer til å innhente informasjon i miljøet. FM beskrev at det var opp til tilfeldighetene hvor EM gikk, hvem de traff, hvem de snakket med og hvordan den personen var.

EM fortalte at i begynnelsen var de usikre på hvordan de skulle ta fatt på oppgaven. De måtte skjerpe seg for å innhente mest mulig informasjon, men de erfarte at de fant en struktur og ble mer effektive etter hvert.

*Men til å begynne med så visste vi ikke hvordan vi skulle gjøre dette i praksis. (..) første gangen, vi famlet jo litt. Skal vi være så frekke at vi spør de som vi møter i korridoren, skal vi ta for oss og se oss omkring? Også var jeg litt usikker på om jeg skulle skrive og i løpet av den 1,5 timen og legge det frem for dere. (..). Det handler om å få erfaring med å få struktur og fordele rollene. (EM)*

EM fortalte at de under det første tilsynet måtte sette seg ned for å sjekke om de hadde fått svar på alle spørsmålene etter beboersamtalen. I følge EM trengte dem erfaring for å vite hvordan dem skulle bruke tiden i fellesarealet effektivt, for eksempel gjennom tilfeldige samtaler med beboere, pårørende eller ansatte.

*Samtidig følte vi når vi var ferdige der, så hadde vi nesten en time igjen (..) og hvordan skulle vi bruke den når vi ikke hadde noen avtaler? Det er ikke liksom bare å gå på folk på et sykehjem på den måten der. (..) Vi er alle forskjellige og jeg er ikke akkurat den som er best på «small talk» (..) og da skal det noe til å få noe ut av det hvis det ikke er noen struktur på det. (EM etter første tilsyn)*

*Om vi hadde vært tøffere, så hadde vi kanskje hatt tid til å mingle mer. (EM)*

FM fortalte at metoden systemrevisjon er rigid og skal gjøres på en bestemt måte, noe som kan sette grenser for involveringen til EM.

*Så selv om man har frie tøyler så er man likevel bundet av den rollen som man har som en del av FM sitt tilsynsteam. (..) Det er viktig (..) å være tydelig på at man faktisk*

*har noen rammer (..) for både hva vi gjør og hva vi sier og hva som faktisk er tema for det vi er ute og ser etter her og nå, det tror jeg er viktig. (FM dialogmøte)*

FM fortalte at ved første tilsyn ble ikke informasjonen fra henholdsvis beboersamtalen og journalgjennomgangen gjennomgått i fellesskap. Ved senere tilsyn presenterte EM funnene muntlig i arbeidsmøtene, noe FM sa ble bedre. Hvis teamet har ulikt informasjonsgrunnlag vil det kunne føre til ulike meninger i følge FM og de argumenterte for at det var viktig at alle i teamet hadde mest mulig lik kunnskap som grunnlag for vurderingene.

I følge FM bestemte teamet at de skulle skrive en samlet rapport. Dette mente FM fungerte bra, samtidig stilte de spørsmål ved om språket i rapporten ble så byråkratisk at det dekket over EM sine funn. I følge FM kan det være et alternativ å beskrive EM sine funn i et eget avsnitt i tillegg til en forklaring om at dette inngår i vurderingene. FM fortalte at innspillene til EM bidro til å tydeliggjøre og presisere funn.

*I utgangspunktet så tenkte jeg, nå skal du notere ned hver tanke som er kommet med i rapportene, men jeg gjorde ikke det. (..) Fordi alle vi kom vi med innspill som er blitt tatt med i rapporten og helt i starten så ble vi spurt om hva vi mente om vi ville skrive egen rapport eller om vi ville være inkluderende og få våre argumenter med inn i alle, alt arbeidet og i rapporten. Og vi valgte det i stedet for å skrive selv. (EM)*

FM sa at det hadde vært en fordel og brukt mer tid i planleggingsfasen og savnet føringer fra Statens helsetilsyn. I følge FM handlet dette om:

*(..) hvordan rammene for et planlagt tilsyn endrer seg når man har med EM. Det kunne man lagd en mer konkret gjennomgang av, og belyst både det som går på jussen og mer praktiske ting. (FM før første tilsyn)*

#### **4.4 Kvalifikasjoner som erfaringsmedarbeider**

Teamet beskrev flere forhold av betydning for EM sin kompetanse, deriblant erfaringsbasert kunnskap, mellommenneskelige ferdigheter og grunnleggende kunnskap om tilsyn.



#### 4.4.1 Erfaringsbasert kunnskap

EM fortalte at det var en forutsetning at de hadde en personlig brukerkompetanse som pårørende. De beskrev at de skulle se om beboerne fikk dekket behovene de hadde krav på, mens FM hadde fagkompetansen. I følge FM var det nødvendig at EM hadde et avklart forhold til sine personlige erfaringer for å unngå at disse stod i veien for å samarbeide på systemnivå.

*Da er det avhengig av hvilken erfaring sitter du inne med selv. Har du hatt en fryktelig vanskelig historie selv, så tror jeg at det er emosjonelt er vanskeligere å ta det løftet, enn hvis du hadde hatt en normal erfaring fra et sykehjem. (FM)*

I følge teamet var det viktig at en av EM deltok på alle tilsynene som den røde tråden som kunne gi innspill til de andre. EM sa at de hadde stor nytteverdi av denne erfaringsutvekslingen og at det ga dem trygghet. De sa at fremtidige tilsynsteam bør bestå av minst en EM med erfaring fra tilsyn.

*Ja, for hvis vi alle skulle startet som ny hver gang, hun hadde faktisk en erfaring fra det første møtet og hadde gjort seg en del erfaringer i forhold til hva som var lettere kanskje å nå inn til, eller hvordan vi skulle te oss og slike ting. Alt var nytt for meg når jeg kom første gangen. (..) Og da er det veldig godt å ha med en person som har vært med på flere tilsyn. (EM)*

*Dess mer erfaring du har, dess flinkere blir du (..). (EM)*

#### 4.4.2 Mellommenneskelige ferdigheter

EM ga uttrykk for at personlige egenskaper har betydning i rollen og beskrev deriblant; empati, modenhet, trygghet, ydmykhet, evne til å være utadvendt og samfunnsengasjert, i tillegg ble god helse nevnt. I følge EM krever samtalen med beboer gode kommunikasjonsferdigheter, for eksempel evne til å skape kontakt og kunne lese kroppsspråk.

FM fortalte at de på forhånd var spent på hvordan EM ville fungere på tilsyn, men beskrev etter hvert EM som uredde, tillitsfulle, de fant sin plass og turte å stille spørsmål.

*Vi har jo også medarbeidere hos FM som forsøksvis er med ut på tilsyn, men som ikke blir med ut på tilsyn flere ganger rett og slett fordi det ikke er den typen jobb dem passer til. Du kan være utmerket i forhold til fag og sånn, men det er noe med hvordan du nærmer deg folk da. (FM)*

Alle i teamet må ha gode mellommenneskelige ferdigheter, i følge FM, og fortalte at hvordan tilsynsteamet fremstår og blir oppfattet er avgjørende for legitimiteten til FM. Hva som blir sagt og hvor godt de kommuniserer har betydning for respekten, sa FM, hvis funnene ikke blir tatt seriøst og etterfulgt av forbedringer så er tilsynet bortkastet. I tillegg sa FM at teamets kunnskap om tema og praksis, samt evne til å stille relevante spørsmål under intervjuene påvirker respekten. FM hevdet at legitimitet bygges opp over tid og raskt kan brytes ned. Idealet ved tilsyn, sa FM, er å fremstå nøytrale, saklige, og 100 % objektive.

*Jeg tenker at vi er ikke bedre enn det siste tilsynet vi har gjennomført et sted. Det ryktes ganske fort: Ja, vi hadde dem på besøk og det var slik og sånn. Det tar ti tilsyn å bygge opp en legitimitet som blir brutt ned av ett. (FM)*

#### **4.4.3 Grunnleggende kunnskap om tilsyn**

I følge FM skulle opplæring gi innsikt i grunnlaget for tilsyn, regelverket og hva teamet skulle gjøre under tilsynet. Videre sa FM at hensikten var at EM skulle løfte blikket fra egne erfaringer til et bredere perspektiv og forstå FM sin rolle og funksjon. FM ga uttrykk for at de var spente på om opplæringen var tilstrekkelig, eller om grunnlaget ble for spinkelt.

*Jeg tok malen i fra den opplæringen som vi i fylkesmannsetaten får fra Statens helsetilsyn. Der er det et ukeskurs og vi tok malen derifra og så på hva de kunne tilpasse til et to dagers opplegg. (FM før første tilsyn)*

EM fortalte at deres kompetanse fra å være tillitsvalgt var avgjørende og trakk frem sin erfaring fra arbeid med lovverket, kommunikasjon og intervju. Denne bakgrunnen mente FM også gjorde at samarbeidet i teamet gikk lett fordi EM forstod hva planlagt tilsyn og systemrevisjon handlet om. De tenkte på systemnivå i forhold til organisasjon, styring og ledelse. FM stilte et hypotetisk spørsmål ved om de uten denne ballasten vil kunne ha jevnbyrdige diskusjoner med FM.

EM fortalte at de i forberedelsene fikk bunker med skriftlig informasjon fra FM og at de var usikre på hva som var forventet at de skulle tilegne seg av juridisk kunnskap. Videre sa de at de hadde behov for bedre kunnskap om regelverket og etterspurte juristen sin deltakelse i tilsyn. Årsaken til at juristen ikke deltok på tilsyn var organisatoriske endringer, i følge FM.

*Nei, må det være noe så må det være at de ikke har med den juridiske kompetansen som var forutsatt. Der har dem ikke hatt den ressursen. Den har de oppsøkt i ettertid da, så den har vi ikke fått direkte tilbakemelding på i forhold til nedtegningene som er gjort og slik, om det var brudd på lover og forskrifter og alt det der. (EM)*

FM fortalte at de kontaktet juristen etter tilsynet, da de var usikre på hvordan de skulle hjemle funn. Juristen deltok i forarbeid og var tilgjengelig i etterarbeid, noe som FM beskrev; «ble greit dekket». Samtidig sa FM at kompetansen i teamet var viktigst i diskusjonene underveis og i etterarbeidet med rapporten.

*Nei, akkurat i forbindelse med gjennomføringen så ser jeg ikke noe problem med at vi var to i stedet for tre (...). Om du intervjuer to, tre ekstra, det spiller ingen rolle. Det betyr kanskje vel så mye etterpå, (...) men etterpå er det noen runder da med korrigering og presisering og rapport. Det er klart at hvis den tredje person er den riktige tredjeperson så er det et stort og viktig bidrag der og for så vidt diskusjonene underveis og, ikke intervjuene, men det er mer det som er videre. (FM)*

Samarbeidet mellom helsefaglig kompetanse og jurist beskrev FM som veldig tett. I følge FM har juristen en klargjørende rolle i analysen. De har en juridisk metodisk måte å tenke på og er flinke til å lage struktur. Det krever lang tid å bli trygg på vurderingene og skjønnsvurderingene er i stor grad basert på den helsefaglige kompetansen, noe som gjør at juridisk kompetanse ikke er nok alene, i følge FM. Videre fortalte FM at vurderingene skal tas på bakgrunn av det de har sett og ut fra lovkravene, i motsetning til å synse, mene og tro.

Teamet kom med forslag om forbedringer i opplæringen gjennom bruk av case. Videre foreslo FM at tilsynsskolen burde utvides med en dag og sa at arbeidsmetoden bør komme tydeligere frem. I tillegg sa EM at erfaringene deres bør overføres til nye EM.

#### **4.5 Intervju av beboere**

Teamet beskrev at rollen til EM under tilsynsbesøket var å intervju beboere og eventuelt pårørende, delta på befaring i lokalene og stille supplerende spørsmål under intervju av ansatte.

I følge FM bidro EM med en litt større nærhet til beboerne. For det første ved at beboerstemmen kom frem gjennom intervju og for det andre ved at FM var mye mer innstilt på at beboerstemmen skulle komme frem.

*De hjelper oss til å komme mer på basic, at vi ikke ligger og flagrer opp i systemene, men at vi også klarer å se hvilken betydning det har i hverdagen for de som er der.*  
(FM)

EM ga uttrykk for at de bidro med informasjonsinnhenting på en annen måte enn hva som hadde vært gjort tidligere. De var derfor tvilende til om FM tidligere hadde klart å fange opp situasjonen til beboerne slik som det ble gjort nå.

*Ja, altså hva er det du er der for? Se om beboerne får de behovene tilfredsstilt som dem har krav på og da må vi kunne spørre dem om det og de må kunne svare på det. Og da, ja, får du lov til å smøre på brødiskiven din selv? (EM hever skuldrene) Dem vet ikke, for dem får den jo ferdig smurt. Det er ikke noe spørsmål om det ene eller andre. (..) Vi hadde den spørsmålslisten å gå etter, (..) og da er det viktig at vi treffer noen som er i stand til å svare på noe av det vi spør om. (..) da det var sluttmøte, så var det punktet der om at beboer ikke hadde vært ute på tre måneder det står i rapporten det. (EM)*

EM mente at de hadde lettere for å komme under huden på ansatte, beboere og pårørende. Videre beskrev de at mange av beboerne var reduserte og at mange var takknemlige for å bli tatt hånd om. EM sa at noen beboere kan føle avmakt.

*Når du ikke får respons så slutter du å spørre. (EM refererte til en beboer)*

*Beboere når de endelig har fått plass, så er dem så glad at dem krever ikke noe annet enn å få stell og mat. (..) Nei, her er det så fint, vi får vi så godt stell, maten er god, og ansatte ja, dem har det travelt, men vi kan ikke forvente mer, vi hadde det verre under krigen. (..) Dem har ingen forventninger, men dem må bare vente til vi kommer, (..) men så kan det hende at vi er så reduserte at vi er så takknemlige for å bli tatt hånd om, at vi sier ingen ting. (EM)*

#### **4.5.1 Krevende intervju**

I følge EM var det utfordrende å prate med et ukjent menneske og vite hvordan man skulle nærme seg for å oppnå tillit. Videre fortalte de at de aldri før har intervjuet så syke mennesker

og beskrev seg selv som amatører og lekmenn i møte med beboerne. Det å skulle stille spørsmål uten å legge svarene i munnen på den andre beskrev de som en profesjon. Videre fortalte EM at til tross for at det var krevende å intervju beboerne, syntes de at det gikk relativt bra.

*Man må ha på seg andre hansker, ikke boksehansker.(EM)*

*Når du treffer ei som vi snakket med(..), som ikke var helt seg selv, og som du merket ble litt lei seg. Det er klart du vil ikke gå inn i hjemmet til noen som mistrives på sykehjemmet og føler at dem er utrygge. Dem føler at dem ikke får nok mat. Dem føler ikke at dem blir tatt på alvor og så skal vi begynne å stille spørsmål i tillegg om det. Så det er jo ganske touchy. Så du må være ganske på vakt, at du ikke stiller spørsmål slik at når du er ferdig så har du omtrent ødelagt hele dagen deres. (..) Vi gjorde det, og vi gjorde det så godt som vi kunne. Og vi brukte alt vi hadde av erfaring når det gjaldt akkurat dette med å ikke tråkke over da. (EM)*

FM sa de var usikre på om de på forhånd hadde snakket tilstrekkelig om det å skulle nærme seg beboer.

*Det er klart at du går inn i disse personene sin intimsfære (..). Dem bor på et lite rom, der har dem hele sitt liv. (..) Jeg tenker at deres erfaring og måten dere omgås folk på slik generelt (..) Og ikke minst det at man går til det med den ydmykheten som dere påviser (..) er viktig i det her. At man ikke buser på, men er den ydmyke i forhold til at du går inn i vedkommendes hjem, at du spør ganske vanskelige spørsmål. At du har den conduiten at du trækker ikke over den terskelen som du sier. Jeg tenker på mange måter enten så har du det ellers så har du det ikke. Det er mye erfaringslærdom. Du kan lære noen teknikker og slikt, men jeg tror det hadde vært vanskelig å satt inn et to timers opplæring på tilsynsskolen på hvordan man intervjuer. (FM)*

Teamet beskrev at det var utfordrende å beskrive samtalen med beboer så formelt at det kan brukes i tilsynssammenheng. Teamet foreslo forbedringer i form av flere beboerintervju. De mente det var viktig å ha flere intervju, to – tre, for å kunne få en sammenstilling av data. EM fortalte at under samtalen må de være to for å bekrefte et forhold som grunnlag for avvik. I tillegg beskrev EM at rutiner for valg av beboer til intervju bør forbedres.

Intervjuer: *Så det handler om hvem dem plukker ut til intervju også, og sikrer det leddet?*

*Ja, du sa ordet sikrer det leddet, for i alle fall så fikk jeg en følelse av at på NN så hadde de faktisk plukket ut ei dame som ikke var ved sine fulle fem og det er det ikke noen vits i. Og hun klarte vi ikke å intervjuer heller. Og det som var snedig da, det var at de som jobbet der gikk rett bort i gangen der og spurte ei annen ei om hun ville bli intervjuet og hun var sylskarp, klar i toppen. (EM)*

FM foreslo endringer i opplæringen med økt fokus på hensikten, metoden og EM sitt mandat. I kontrast til dette mente EM at mandatet var klart, spørsmålene var utarbeidet og de visste at det ble annerledes å snakke med beboere på sykehjem.

#### **4.5.2 Pårørende ble talsperson for beboer**

Samtalen med pårørende beskrev EM som nødvendig og begrunnet dette med at pårørende bekreftet og utfylte informasjonen fra beboer. I tillegg sa EM at pårørende ble talspersoner for noen av de beboerne som selv ikke kunne uttrykke sine behov. En av EM foreslo at bruker og pårørende kunne være sammen under intervjuet.

*Da begynte vi å tenke på (..) hvilken rolle hun som pårørende fikk lov å ha. (..)t hun følte at hun ble hørt, at de ansatte tok dem på alvor. (..) Så kom vi inn på dette med den usikkerheten, for når det var noe som skjedde (..) inne på et rom så kunne personalet forsvinne. Og da opplevde pårørende at moren ble usikker (..), at det var ingen å få tak i når det ble flere hendelser samtidig for personalet. (EM)*

#### **4.6 Befaring i lokalene**

EM tydeliggjorde hvordan lokalene var utformet og konkretiserte hvilke konsekvenser dette hadde for beboerne i følge FM. I følge FM fikk tilsynet en ekstra dimensjon og EM var et nyttig korrektiv som gjorde det hakket bedre.

*Det var nesten det viktigste synes jeg. Det verste med sykehjemmet var boforholdene i den avdelingen. (EM)*

*EM satt definitivt økt oppmerksomhet på det med at beboerne ble eksponert på korridoren når de gikk på do og ikke minst dette med inngangspartiet. Og hvis det ikke totalt sett hadde kommet opp så mange input på det, så skal vi ikke se bort fra at det kunne endt opp med en merknad. (FM)*

## 4.7 Supplere Fylkesmann under intervju

EM beskrev at rollen deres under intervju av ansatte var å stille tillegsspørsmål. I følge FM, var dette også praksis for nye medarbeidere hos FM, der nyansatte deltok som observatører i starten og fikk en større rolle etter hvert. Intervjuet av ansatte, sa FM, var hovedsakelig mellom to personer, der FM ledet intervjuet, mens de andre i teamet stilte ett eller to spørsmål. FM beskrev innspillene til EM som relevante og at de var med på å belyse tema.

*Jeg ble litt bakeholden med å stille spørsmål og så kom en av EM med det spørsmålet som jeg egentlig ønsket å stille, men som jeg syntes var vanskelig å stille i den settingen som vi satt. Også kom EM betimelig med det. Og EM kunne gjøre det for de satt i en annen posisjon, og det at de gjorde det tenker jeg beviser på et vis at dem var med. Dem viste hva vi skulle frem til, dem hadde fått med seg såpass mye kunnskap at de klarte å reflektere og klarte å komme frem med spørsmål. (FM)*

Før tilsynet beskrev FM at de fryktet for at utvidelsen av tilsynsteamet ville påvirke informantene negativt, men erfaringene tilsa at dialogen med de ansatte gikk bra.

*Hvordan vi skal kunne klare å ivareta den enkelte informanten er jeg opptatt av. Så det må vi tenke mye på i forkant, men det er også avhengig av det rommet som vi får når de kommer ut på tilsyn. At det er mulig å arrondere det slik at den som intervjues ikke føler at han sitter i mot et panel, men får til en dialog mellom den som fører intervjuet og informanten, så de andre kan bli skygger. Jeg er veldig spent på hvordan vi klarer å gjennomføre det. (FM før første tilsyn)*

## 4.8 Vurdere revisjonsfunn

FM fortalte at de først tenkte at EM sin hovedoppgave var å bidra med å innhente observasjoner, mens FM gjorde avviksvurderingene. I løpet av prosessen sa FM at det var potensiale for at EM kunne delta i avviksvurderingene og at det ikke var noen grunn til at de ikke kunne delta såfremt de hadde kompetansen og var trent til å gjøre vurderingene.

*Slik jeg har forstått det så har meddommerne en avgjørende betydning for å bestemme om det har skjedd noe straffbart eller ikke, mens når det kommer til straffutmåling er det kanskje mer hoveddommeren. Slik sett skulle man tenke at de har godt potensiale til også å være med på vurderingen om det er innenfor eller utenfor avviksområdet, for det er lovlighetskontrollen. Mens først satt jeg her å tenkte at kanskje var deres*

*hovedfunksjon å bidra til at vi får gjort gode observasjoner og at vi får så presise funn som mulig. Og at det ble litt slik at den som sitter med erfaring med metoden og avviksvurderingene kanskje tar over litt mer da, men etter å ha tenkt gjennom dette med rettsgreiene så er det ikke noen stor grunn til at de ikke skal være med der heller. (FM)*

I følge FM var ikke avstemningsprinsippet formalisert i dette prosjektet, men basert på at man skulle diskutere seg frem til enighet. Videre fortalte FM at deres oppgave var å beskrive rettsreglene og praksis. De beskrev videre at det kan drøftes om det er en god metode, såfremt den som er erfaren vinner diskusjonen som følge av at maktforholdet er skjevt. Og FM sa de hadde definisjonsmakten både med tanke på metode og sluttvurderingen. Samtidig beskrev de at EMs tydelige kommunikasjon og evne til å si ifra jevnet ut noe av ubalansen. EM tydeliggjorde avvik angående lokalene noe som var et stort bidrag med tanke på at tilsyn er lovlighetskontroll i følge FM. De sa at EM tydeliggjorde tema, diskuterte, argumenterte og hadde innflytelse.

*Jeg synes også at til tross for at dem har vært godt fornøyd så har vi også opplevd at de har snakket med beboere som har gitt uttrykk for svakheter som kan relateres til de funnene som vi for øvrig har gjort. (FM)*

Teamet var enige om at EM hadde vært aktive ved innhenting av funn, mens de tok en siderolle og var mer tilbaketrukket ved vurderingene av avvik. Dette forklarte EM med manglende juridisk kunnskap, noe som førte til at uttalelsene deres ble synsing og at de stolte på FM. Videre førte dette til at avviksvurderingen ble en diskusjon mellom ansatte hos FM. Likevel sa EM at de opplevde at det var mulig å få gjennomslag hvis de argumenterte for sitt syn, og såfremt de hadde juridisk dekning for sine innspill.

FM beskrev at tilsynsrapportene inneholder flere funn som ikke underbygger avvik denne gangen. EM beskrev at deres synspunkt ble hørt og ble beskrevet i rapporten.

*Det er ikke mange ganger at våre argumenter eller tilskudd ikke har blitt ført i protokollen. (EM)*



## 4.9 Rammefaktorer av betydning

Teamet var enige om at denne gangen handlet valg av EM om flaks og tilfeldigheter. De fremhevet at utvelgelsesprosessen har et forbedringspotensial med tanke på å avklare hvor EM skal rekrutteres fra og hva man bør tenke på ved utvelgelsen. I følge FM var utvelgelsen avgjørende og de stilte spørsmål ved om de har nok kunnskap om de ulike brukerorganisasjonene. EM ga uttrykk for at de bør bli anbefalt formelt og brukerrådet ble nevnt i forbindelse med dette.

*Man må ha det samfunnsansvaret som kreves for å delta i et tilsyn. Det er ikke hvem som helst som blir oppnevnt som meddommere heller. Da har man et eller annet. (EM)*

EM fortalte at de visste for lite før de gikk inn i dette prosjektet, premissene for oppdraget var uklare. De savnet mer informasjon i starten om hva prosjektet gikk ut på og tidsomfanget. Teamet beskrev at oppgaven til EM var tidkrevende og de så at det var behov for å avklare formålet og omfanget bedre i forkant. Videre beskrev de at arbeidsmøtene var preget av tidspress. Dette sa FM hadde sammenheng med nødvendigheten av progresjon for å få til et sluttresultat. EM beskrev at tema, tids- og arbeidspresset var krevende tankemessig.

*For som EM så går det ikke så kjapt oppi her (hodet), innenfor helseområdet, den biten der. Så det tar litt lengre tid før jeg får ned ballene og får satt det sammen. Intervjuene (klapper i hendene), så lunsj, så skulle alt skrives ned og så skulle det legges frem. (EM etter første tilsyn)*

I følge FM mangler det en finansieringsordning for involvering av EM i tilsyn og en videreføring av dette vil være et kostnadsspørsmål.

*Det er helt klart at brukerinvolvering i fortsettelsen er helt avhengig av enten økte ressurser til Fylkesmann hvis vi skal fortsette med samme tilsynsaktiviteten som vi gjør nå. Ellers må vi redusere på tilsynsaktiviteten for å få ressurser til å ta de med. Ellers må erfaringsmedarbeiderne lønnes direkte fra Statens helsetilsyn. Det må til en økning i ressurser for å få til dette i fortsettelsen. (FM)*



## 5 Diskusjon

Her diskuteres resultatene relatert til erfaringsmedarbeidernes roller og oppgaver i lys av forskning og teori om brukermedvirkning, empowerment og samproduksjon.

### 5.1 Oppsummering av resultat

Hovedoppgave til erfaringsmedarbeiderne var å bidra med et større faktagrunnlag og få frem beboerperspektivet gjennom samtaler med beboere og befaring i lokalene.

Erfaringsmedarbeiderne var aktive med å innhente funn og tilbaketrukket i avviksvurderingene da de manglet juridisk kompetanse. Opplæringen ga for dårlig grunnlag til å delta i vurderingene. Erfaringsmedarbeiderne følte seg likeverdig, hørt og sett, deres synspunkter kom med i rapporten. Rollen til erfaringsmedarbeiderne var ny og lite definert, likevel ga samarbeidet mellom Fylkesmann og erfaringsmedarbeiderne tilsynet en ekstra dimensjon.

### 5.2 God opplæring – et felles ansvar

Samproduksjon tar utgangspunkt i at brukerne har en kompetanse som kan gjøre tjenesten bedre (36). Kompetansen til brukerne og fagpersonene anses som komplementære (ibid). Dette viser at brukerkompetansen er unik og etterspørres. I vår studie ble opplæringen til EM planlagt av FM basert på opplæringen Statens helsetilsyn gir til fagpersonell. Full samproduksjon, derimot, innebærer både samarbeid i planlegging av tjenesten og samarbeid om leveringen av tjenesten (45). Carr beskrev at når samarbeidet initieres fra «byråkratiet» er dette en «top-down» strategi som kan medføre spenninger (47). I studien vår kom det frem at FM og EM hadde ulike perspektiv. FM foreslo å endre opplæringen ved å vektlegge økt bevissthet om mandatet, hensikten og metoden. Dette ga EM uttrykk for var klart og derfor ikke nødvendig.

I følge FM var hensikten med «tilsynsskolen» at EM blant annet skulle få en forståelse av FM sin rolle og funksjon, i tillegg til å løfte blikket fra egne erfaringer til et bredere brukerperspektiv. Opplæringen ga en innføring i grunnleggende kunnskap om tilsyn. Brukerrollen kan bli undergravd hvis brukerrepresentantene får en større nærhet til de profesjonelle enn befolkningen (19). På bakgrunn av dette kan en ensidig opplæring som

omhandler tjenesteperspektivet føre til at EM blir fanget av forståelsen til de profesjonelle. Dette kan gå på bekostning av å representere brukernes perspektiv og mulighet til å foredle brukerkompetansen. Kanter beskrev at makt påvirkes av strukturelle forhold, deriblant tilgjengelighet av nødvendig kunnskap for å kunne utføre oppgaven (37). I vår studie vektla opplæringen av EM tjenesteperspektivet, noe som ga EM økt kompetansen på «fagområdet» tilsyn. Ut fra dette kan vi si at innholdet i opplæringen har en maktdimensjon. Grunnlaget for brukervedvirkning og makten til EM kan derfor styrkes ved at de involveres i planleggingen og utformingen av opplæringen. Kanskje er det hensiktsmessig at EM deltar på noe av den samme opplæringen som ansatte hos FM? Dette vil i så fall kunne kreve økte ressurser, både økonomisk og tidsmessig. Askheim beskrev at samproduksjon legger til grunn en tiltro til brukernes ressurser og kompetanse, noe som også innebærer at brukerne har et ansvar for å finne løsninger til fellesskapets beste (36). Det kan være nødvendig å avklare hvilket ansvar brukerorganisasjonen har for å følge opp brukerrepresentantene. Det er grunn til å tro at opplæring basert på samproduksjon vil inkludere kunnskap om både virksomheten og brukerrollen. På den måten settes både tjenestens behov for å gi opplæring og EMs behov for å få opplæring i sentrum. Ved å spørre om EMs behov kan man få svar som medfører endringer i tema, varighet, omfang, læringsform og av foredragsholdere. Kanskje er det behov for opplæring fra både fagpersoner og brukerrepresentanter med erfaring fra tilsyn.

### **5.2.1 Mellommenneskelige ferdigheter**

Opplæringsheftet «Grunnopplæring i brukervedvirkning» beskrev at god kommunikasjon, empati, tålmodighet, pågangsmot, evne til å være diplomatisk, konstruktiv og kritisk er sentrale egenskaper for EM (25). Dette sammenfaller med funn fra vår studie der det kom frem at gode mellommenneskelige ferdigheter var en nødvendig egenskap hos alle i teamet, og hadde betydning for respekten og legitimiteten til FM. Tveiten beskrev at empowerment handler om både bruker og fagpersonell sin kompetanse, ferdigheter og holdninger (37). Det kom frem at fagpersonell kan hjelpe bruker i empowerment-prosessen ved å fremme medvirkning, omfordele makt og anerkjenne brukerkompetansen. Vår studie viste at FM ville at EM skulle bidra til å forme rollen og «holdt igjen egne synspunkt» angående EMs rolle ved intervju og befaring. Det kom frem at FM ønsket å la EM komme i posisjon til å utforme rollen. Dette kan forstås som en «fordeling av makt til EM» eller «å sette EM i stand til» å medvirke. Dette kan også forstås som en «outsourcing» der en ekstern leverandør utfører oppgaven i kontrast til intensjonen ved samproduksjon. Empowerment som prosess derimot

innebærer et samarbeid der den som hjelpes over tid øker sin kontroll. Det kan derfor være behov for å kommunisere tydelig til alle parter betydningen av EMs rolle. Kommunikasjon basert på tillit, trygghet og anerkjennelse vil kunne bidra til å styrke EM til «å ta plass» på systemet sin banehalvdel.

Samproduksjon krever at fagpersonell har kompetanse til rollen som partner i samhandlingsprosessen (36). Gode samarbeidspartnere reflekterer kritisk over egen atferd, verdier og normer. Funn fra vår studie viste at på tross av EM sin begrensede startkompetanse ga de uttrykk for at de var fullverdige medlemmer av tilsynsteamet, der de ble sett og hørt. Studien viste at tilsynsteamet, bestående av «EM som førstereis deltakere» og «FM som eksperter», fungerte godt og resultatet av samhandlingen ble beskrevet som positivt. Dette kan ha sammenheng med resultatene som beskrev gode samarbeidsrelasjoner. Evne til å lytte, samt holde igjen «egen kompetanse» for å gi rom for EM ble beskrevet som suksessfaktorer i samarbeidet, og det er grunn til å tro at dette har fremmet brukermedvirkning.

### **5.2.2 Kunnskap på systemnivå**

Flere studier har vist at brukerrepresentanten trenger bred kompetanse (27,28). Andreassen beskrev at foruten innsikt i forskning, politiske og juridiske føringer, trengs blant annet kunnskap om hvordan virksomheten er organisert (10). Dette gir grunnlag for å kunne peke på mangler og utviklingsmuligheter, samt ha innflytelse. Studien vår viste at bakgrunnen til EM som tillitsvalgt var avgjørende, deriblant erfaring fra arbeid med lovverket, kommunikasjon og intervju. Dette gjorde at EM forstod hva planlagt tilsyn og systemrevisjon handlet om. De tenkte på systemnivå i forhold til organisasjon, styring og ledelse. Studien viste også at EM var usikre på hva som var forventet at de skulle tilegne seg av kunnskap og at de hadde behov for bedre juridisk kunnskap. Det kom også frem at det tar lang tid å tilegne seg denne kompetansen og at ansatte hos FM er med som «lærlinger» i starten. Resultatene tyder på at tilsynskolen ga et for spinkelt grunnlag til å utforme EM-rollen. Tveiten beskrev empowerment-prosessen som tid- og arbeidskrevende, der det tar lengre tid å hjelpe noen til å mestre enn å gjøre det for dem (37).

### **5.2.3 Representere brukerperspektivet**

Resultat fra vår studie viste at EM lærte mye om sin rolle gjennom å delta på tilsyn. Studien indikerte at «det første tilsynet» ga EM en plattform som var nødvendig for å kunne forme

rollen. Det kom frem at det tar tid å opparbeide seg ekspertkompetanse som brukerrepresentant på systemnivå. Opplæringsheftet «Grunnoppføring i brukermedvirkning» poengterte at rollen som brukerrepresentant innebærer en læreprosess som involverer å bruke sanser, følelser, refleksjon og øve opp nye ferdigheter (25). I en studie av Ewer og Evers kom det frem at brukerrepresentanten må ha grunnleggende kompetanse for å være likeverdige partnere og komme i posisjon til å bruke sin «ekspertkompetanse» (46). Studien vår viste at det var nyttig at en av EM deltok på alle tilsynene og videreformidlet erfaringene sine til de andre EM. Dette ga kontinuitet og trygghet for EM.

Brukerrepresentanter trenger kunnskap om rollen og oppgaven som brukerrepresentant, brukergruppen og brukermedvirkning (28). Dette samsvarer med funn fra vår studie som bekrefter behovet for kunnskap om brukerrollen. EM beskrev seg som amatører i intervjuet med beboerne. Å stille spørsmål uten å legge svarene i munnen på den andre beskrev de som en profesjon. Videre kom det frem at det var utfordrende å beskrive funn fra samtalen så formelt at det var egnet ved tilsyn. I et evalueringsprosjekt fra Fylkesmann i Aust Agder, ble metodekunnskap og gyldigheten av informasjonen ved brukerintervju vektlagt i forberedelsene av tilsyn (31). I tillegg ga rollespill om kommunikasjon med bruker nyttig kompetanse som en del av bevisstgjøringen til tilsynsteamet før samtalen med bruker. I dette prosjektet ble det brukt en læringsform basert på praktisk trening av kommunikasjonsferdigheter, noe som også kan være en egnet læringsform i opplæringen av EM. Når vi sammenligner evalueringsprosjektet fra Fylkesmann i Aust Agder med studien vår ses en forskjell i vektleggingen av metodekunnskap ved brukerintervju. Dette kan ha sammenheng med ulike holdninger, forventninger og kunnskap hos henholdsvis EM og ansatte hos FM. I vår studie var ikke metodekunnskap ved intervju av beboer en del av opplæringen. Spørsmålet er om metodekompetanse har betydning for kvaliteten og verdien av informasjonen fra beboerne. Kanskje er det en fordel om EM og FM i samarbeid planlegger og gjennomfører intervjuene med bruker i tråd med intensjonen ved samproduksjon. Her er det behov for mer kunnskap og mer forskning.

På bakgrunn av resultatene kan man undre seg over om erfaringsmedarbeiderne ble påvirket av at de i liten grad fikk opplæring om bruker-rollen. Andreassen beskrev at rollen som brukerrepresentant innebærer en balanse mellom rollen i opposisjon og å samarbeide tett med lederne i virksomheten (10). Det kan være en fare for at den konstruktive og kritiske stemmen

kan lide hvis EM ikke har fått den nødvendige kompetansen som kreves for å innta brukerrollen.

### **5.3 «Skvis» mellom satsningsområde og manglende forankring**

I følge Andreassen kan brukerinvolvering begrunnes ut fra et demokrati- og rettighetsperspektiv og ut fra et nytteperspektiv (10). I vår studie kan rollen til EM samsvare med en demokratisk begrunnelse, der man ønsker å benytte brukererfaringer til å beskrive kvaliteten på tjenesten. Brukermedvirkning handler om retten til å være representert og bli hørt i utviklingsarbeid og beslutningsprosesser (25). Samtidig kan man argumentere for at EM sin rolle samsvarer med et nytteperspektiv, da rollen var å gi et bedre faktagrunnlag for å opplyse beslutningsprosessen og fatte bedre beslutninger (40,45). «Målet om å skape pasientens helsetjeneste» setter pasientens behov i sentrum for utvikling og forbedring av helse- og omsorgstjenesten (2). Dette samsvarer med samproduksjon der brukerrepresentanten kan formidle verdien av tjenesten for brukerne, legitimere behov og gi anbefalinger til tjenesteyter (36).

I følge «Prosedyre for tilsyn utført som systemrevisjon» skal ikke informasjonen fra bruker anvendes som revisjonsbevis (23). Samtidig er det beskrevet at det kan være nyttig å innhente informasjon fra bruker for å få bakgrunnskunnskap om områder med risiko for svikt. Ut fra dette kan det se ut til at prosedyren for tilsyn ikke samsvarer helt med politiske føringer om brukermedvirkning. Satt på spissen kan man stille spørsmål ved om brukermedvirkning er hensiktsmessig i tilfeller der brukernes synspunkter ikke er likeverdige annen informasjon. Videre arbeid med brukermedvirkning i tilsyn bør diskutere hvordan funn fra disse delene av tilsynet kan og bør brukes.

### **5.4 Hvilken kunnskap er nødvendig for å planlegge og utføre beboerintervju?**

Askheim beskrev at samproduksjon handler om et samarbeid der aktørene sammen skal produsere tjenestene (36). I tillegg til at samproduksjon ofte omfatter et samarbeid om å levere tjenesten inkluderes samarbeid om planlegging, utvikling og evaluering av tjenestene. Politikerne ønsker å tilrettelegge for at brukere i økt grad involveres i utformingen av tilbud de har behov for (43, 49, 50). Studien vår viste at FM planla opplæringen, mens EM planla

og utførte intervju av beboerne. Nedham og Carr beskrev tre nivå av samproduksjon; beskrivende, anerkjennelse og transformativ (44). Den mest effektive formen for samproduksjon kalles transformativ. Dette innebærer en endring av tjenesten ut fra et samarbeid der partene møtes for å identifisere behov og organisere tjenesten. På bakgrunn av dette er det grunn til å tro at transformativ samproduksjon forutsetter at EM i tillegg til kompetanse om brukerperspektivet kjenner godt til hvordan tilsyn fungerer og sin rolle i dette. Målet om transformativ samproduksjon vil trolig kreve en læringsprosess for alle aktørene for å kunne uttale seg om utformingen av tjenesten og EM sin rolle.

Funn fra studien vår viste også at FM mente det hadde vært en fordel om det hadde vært brukt mer tid i planleggingsfasen for å få bedre forståelse av; «hvordan rammene for et planlagt tilsyn endrer seg når man har med EM». I følge prosedyren for tilsyn er nok tid og ressurser til forberedelser av tilsyn er helt avgjørende for et godt sluttresultat (23). På bakgrunn av dette ser det ut til å være behov for en grundig gjennomgang og tydeliggjøring av EM-rollen i tilsyn.

## 5.5 Aktive i innhenting av funn og tilbaketrukket under vurderingene

Studien viste at rollen til EM ved vurdering av avvik ikke var diskutert på forhånd. Funn viste at først tenkte FM at hovedoppgaven til EM var å innhente observasjoner, mens FM gjorde vurderingene. Etter å ha gjennomført tilsyn, ga FM uttrykk for at det var et potensiale for at EM kunne delta i avviksvurderingene, men dette forutsatte nødvendig kompetanse og trening. Ut fra resultatene kan det se ut til at det er behov for å avklare hvilket ansvar henholdsvis FM og EM har angående avviksvurderingene. Det er grunn til å tro at denne problemstillingen vil kreve en faglig og juridisk gjennomgang, og ut fra et samproduksjonsperspektiv bør EM inkluderes i dette. Uten en avklaring av rollen til EM kan det oppstå konflikt mellom FM sine faglige oppgaver på en side og EM sine oppgaver på den andre siden.

«Prosedyre for tilsyn utført som systemrevisjon» beskrev at nødvendig kompetanse i tilsynsteamet er avgjørende for å gjennomføre en forsvarlig systemrevisjon (23). Studien vår viste at tilstedeværelse av juristen vanligvis tilfører teamet struktur og juridisk metodisk kompetanse som er viktig i diskusjoner underveis og i etterarbeidet med rapporten. Det kom også frem at FM mente den juridiske kompetansen ble «greit dekket» ved at juristen var tilgjengelig for tilsynsleder i etterarbeidet. Likevel er det grunn til å tro at tilstedeværelse av jurist vil ha betydning for EM sin medvirkning i vurderingene.



Knaapen og Lehoux beskrev at brukerrollen ved «democratic voice» er basert på folkets rett til å delta, der «vanlige borgere» blir bedt om å uttale seg om kollektive verdier (35). Kritikere av denne modellen hevder at for stor lydhørhet til borgerstemmen kan føre til at faglige vurderinger blir satt til side (ibid). Slik jeg forstår denne rollen kan den komme i konflikt med rollen som EM i tilsyn på sykehjem, da det er grunn til å tro at intervju av beboere og samarbeid med fagpersoner vil kreve at EM har bred kompetanse. «Lay expertise» innebærer en talsperson som snakker for og om erfaringene fra brukergruppen (ibid). Her er ikke likhet i demografi et krav, derimot har kollektive organisatoriske og profesjonelle ferdigheter betydning for å fremstå som en effektiv og god talsperson. Denne rollen vil kunne styrke beboernes mulighet til å bli hørt.

På bakgrunn av resultatene kan det se ut til at samarbeidet mellom EM og FM handlet mest om spørsmålsguider, diskusjoner i arbeidsmøtene og rapporten. Det kom også frem at EM hadde relativt frie rammer til å utforme beboersamtalen. En transformasjon av tjenester krever i følge Nedham og Carr endring av makt og innebærer ny struktur ved utforming av tjenesten (44). En endring av praksis fra tilsynsteam bestående av kun fagfolk til en inkludering av EM, kan ses på som en transformasjon av tjenesten, såfremt dette innebærer en endring av makt og innflytelse i planlegging og utforming av tjenesten.

«Prosedyre for tilsyn utført som systemrevisjon» beskrev videre at informasjonen må være tilstrekkelig sannsynliggjort og pålitelig for at den skal betraktes som fakta (22). Dette krever at opplysninger fra flere ulike kilder peker i samme retning. Funn fra studien vår viste at det er nødvendig å ha samtaler med flere beboere for å kunne sammenfatte data. Videre kom det frem at det er behov for bedre rutiner for valg av beboer til intervju. Dette viser at erfaringer fra tilsyn førte til at både FM og EM så behov for å gjøre endringer i planleggingen og gjennomføringen av tilsynet.

Modellen til Charles og DeMaio beskrev tre nivå av brukermedvirkning; konsultasjon, partnerskap og dominant (34). Partnerskap innebærer delt ansvar for planlegging og beslutning. I vår studie planla FM tilsynet, mens EM trakk seg tilbake under vurderingen av avvik da de manglet tilstrekkelig kompetanse om dette. Dette samsvarer best med «konsultasjon» som innebærer at brukerrepresentanten uttrykker sine synspunkt uten garanti for å bli hørt. Veilederen «Sammen om mestring» beskrev at reell brukermedvirkning

innebærer at brukerne har innflytelse i beslutningsprosesser på like vilkår (12). Til tross for at EM ikke deltok i vurderingene av avvik, opplevde de at de ble hørt og at flere av deres innspill kom med i rapporten. Studien vår viste at alt i alt tilførte EM en ekstra dimensjon og de var et nyttig korrektiv som gjorde tilsynet bedre. Dette kan tyde på at brukermedvirkning i tilsyn gjør at beboerne i større grad blir sett og hørt.

I følge Askheim har samarbeidspartners kunnskap, holdninger og ferdigheter betydning (36). I vår studie kom det frem at EM var uredde, viste tillit og turte å stille spørsmål. Studien viste at FM sine holdninger og væremåte gjorde at EM følte seg likeverdig og verdsatt. Videre kom det frem at respekt og trygghet i teamet dannet grunnlag for å være fullverdig medlem. Ut fra resultatene kan det tyde på at gode samarbeidsrelasjoner bidrar til å fremme brukermedvirkning. Det er grunn til å tro at et samarbeid mot nye arbeidsformer også forutsetter åpenhet, felles læring og utvikling. På bakgrunn av dette vil det være interessant om fremtidig forskning inkludere partenes opplevelser av brukermedvirkning i tillegg til å beskrive nivået av brukermedvirkning ut fra teoretiske modeller.

Maktforholdet mellom helsepersonell og bruker, er i følge Grimen asymmetrisk (39). Dette samsvarer med funn fra vår studie der FM fortalte at de hadde definisjonsmakten både med tanke på metode og sluttvurderingen. Det kom frem at tydelig kommunikasjon fra EM bidro til å utjevne noe av makt-ubalansen. Videre viste studien at god teamledelse var nødvendig for EMs læring og mulighet til å gi maksimalt av seg selv. Det kom frem at FM var bevisst på at de hadde mer kompetanse og de ga EM rom og mulighet til å slippe til. Davidson, Bellamy, Guy et. al. beskrev at gjensidige relasjoner mellom aktørene, tillit og samhold vil kunne føre til et nytt verdifelleskap (30).

Samproduksjon er en spesiell form for brukermedvirkning der bruker og tjenesteyter sitter på samme side av bordet. Spørsmålet er hva som skal til for å få til god brukermedvirkning og samproduksjon. Det fins lite forskning som beskriver involvering av brukerrepresentanter i tilsyn ved sykehjem og det er behov for mer kunnskap på dette området.

## 5.6 Diskusjon av metode

Kravet om relevans er sentralt for at studien skal bidra med vitenskapelig kunnskap innenfor kvalitativ forskning (53). Dette krever at studien tilfører noe nytt sammenlignet med tidligere kunnskap. Det som var nytt i dette prosjektet var at EM var med som en del av tilsynsteamet. Selv om det er gjort et evalueringsprosjekt fra Aust-Agder der beboere ble intervjuet som en del av kunnskapsgrunnlaget brukt i tilsyn (31), har ikke dette vært undersøkt i forskning. Denne studien tilfører derfor kunnskap i et nybrottsfelt, noe som kan være en styrke ved studien.

### 5.6.1. Forskerens ståsted

Malterud påpekte betydningen av forskerens egen rolle og forforståelse (52). Refleksivitet omfatter min evne til å se betydningen av min kompetanse og tolkningsramme. Dette innebærer å reflektere over egen fremgangsmåte i hele forskningsprosessen. Før datainnsamling skrev jeg ned mine forventninger for å bevisstgjøre min rolle. Min forforståelse var blant annet at EMs formidling av beboernes perspektiv og behov ville være i misforhold med FMs rammer. I jobben min på Lærings og mestringssenteret (LMS) er brukervedvirkning en del av arbeidsformen i opplæringen av pasienter og pårørende. Brukervedvirkning var et område jeg ønsket å lære mer om med tanke på egen fagutøvelse og arbeidsmåten ved LMS. Jeg har lurt på hvordan LMS-kursene kan utvikles gjennom et tettere samarbeid med brukerrepresentantene. Min verdsetting av brukervedvirkning kan ha ført til at jeg har «oversett» aktuelle forhold, for eksempel utfordringer knyttet til dette tema. Planen for datainnsamlingen og utformingen av intervjuguidene ble også preget av mine forkunnskaper. Tidligere erfaring fra fokusgruppeintervju og treningen jeg fikk underveis med fem fokusgruppeintervju og et dialogmøte gjorde at jeg etter hvert ble mer frigjort fra spørsmålsguiden, bevisst og nysgjerrig på hva informantene hadde på hjertet. Deltakernes opplevelse av trygghet og min evne til å innhente data om deres opplevelser er grunnleggende for å få gode data (52). I datainnsamlingen prøvde jeg å legge min egen forståelse til side, ved å la informantene fortelle så fritt og samtidig styre samtalen, likevel er det grunn til å tro at mitt ståsted påvirket datainnsamlingen. Ved å invitere andre fagpersoner til å stille kritiske spørsmål og bringe inn andre perspektiv kan forståelsen til forskeren utvides (ibid). I arbeidet med spørsmålsguiden og analysen diskuterte jeg med veileder og en medstudent. Intern validitet ble påvirket av min evne til å

lede samtalene med informantene (ibid). I dette prosjektet hadde jeg en ekstern rolle i prosjektet uten tilknytning til informantene, noe som er en styrke i studien.

### **5.6.2 Rekruttering og utvalg**

Deltakerne ble rekruttert til denne studien i regi av FM som en del av et større prosjekt. Det anses som en styrke ved studien at alle deltok. Et strategisk utvalg skal være sammensatt slik at det gir best mulig grunnlag til å belyse tema (52). Utvalget var strategisk, der FM har kompetanse om tilsyn og EM brukerkompetansen som er relevant. Utvalget har betydning for den interne validiteten. Det var både kvinner og menn representert fra begge gruppene. EM er pensjonister og man kan tenke seg at EM rollen kan være er krevende for en del pensjonister både med tanke på omfang, form og innhold.

Den eksterne validitet kan være begrenset hvis utvalget ikke var representativt for ansatte hos FM, noe som kan utgjøre en svakhet ved studien. Det kan også være en risiko for at EM ubevisst hadde en positiv holdning som følge av at de fikk økt innflytelse på en ny arena. Dette kan ha ført til at kritiske synspunkter ikke kom frem, noe som i så fall vil utgjøre en svakhet ved studien. Samtidig var EM tydelige og uredde i kommunikasjonen, noe som taler mot at de holdt igjen kritiske synspunkter.

Utvalget i studien var lite det gjorde at det var utfordrende å få frem nyanser og forskjeller. Resultatene fra studien kan komme til nytte ved tilsvarende tilsynsprosesser på sykehjem hvor beboernes erfaringer skal innhentes og erfaringsmedarbeidere skal delta.

### **5.6.3 Datainnsamling**

I første datainnsamling med FM ble individuelle semi-strukturerte intervju valgt for å få innsikt i de ansatte sin rolle ved tilsyn og holdningene deres til prosjektet. Erfaringene fra studien viste at det til en viss grad kom frem ulike holdninger til prosjektet. Likevel kan det være en fare for at de kritiske synspunktene ikke har blitt belyst tilstrekkelig. Dette kan ha sammenheng med min rolle og sammensetningen av utvalget. Fokusgrupper ble valgt for å få ny innsikt ved at deltakerne reflekterte over egne erfaringer og diskuterte tema. Jeg erfarte at i det siste fokusgruppeintervjuet med EM hadde de mye de selv ønsket å fortelle. Dette kan ha sammenheng med at jeg ga dem mer rom til å forme samtalen og / eller at de var mer proaktive til å formidle sine erfaringer. Erfaringen min var at dette ga ny og interessant informasjon. Samtidig kan fokusgrupper ha hemmet noen fra å komme med sine synspunkter, noe som kan ha begrenset mangfoldet i datamaterialet og utgjøre en svakhet i studien.

Separate fokusgrupper for FM og EM ble valgt for å få frem ulike erfaringer og for å kunne sammenligne de to gruppene. Vanligvis består fokusgrupper av fem til åtte informanter (52). Gruppeintervju inspirert av fokusgruppe kan derfor være en mer presis beskrivelse av metoden i denne studien. Til slutt i datainnsamlingen ble foreløpige funn presentert og diskutert i et dialogmøte med både EM og FM. Informantene fikk da mulighet til å kommentere og diskutere foreløpige funn, bekrefte, avkrefte og utdype funn. Min erfaring var at dette ga ny innsikt, dybdeforståelse, bekreftelse og var oppklarende. For eksempel ble forståelsen av fullverdig medlem i tilsynsteamet definert. Ved å kombinere metoder kan en oppnå dypere innsikt enn om man bare bruker en tilnærming (53), noe som styrker den interne validiteten av studien.

### 5.6.3 Analyse

I denne masterstudien ble analysen gjort ved hjelp av systematisk tekstkondensering, fortløpende og systematisk (52). Analysearbeidet ble en læreprosess fra første analyse, der kodene i stor grad samsvarte med tema i spørsmålsguiden, til siste analyse der kodene var basert på datamaterialet. Til hjelp i arbeidet presenterte jeg funn fra første og siste intervjurunde til veileder og en medstudent for å få innspill og diskutere styrker og svakheter. Her lærte jeg betydningen av å ha tekstmære koder som gjenspeilte det konkrete innholdet. Tjora beskrev at kodene er svar på «hva informanten sier» fremfor «hva snakker informanten om?» (53). Å lytte til en medstudents presentasjon av funn fra en tilsvarende studie hjalp meg til å se egne funn tydeligere. Min begrensede erfaring med analyse av kvalitative data kan være en svakhet, samtidig hjalp tett oppfølging i form av veiledning å sikre kvaliteten. Tjora beskriver at for å få en effektiv og kvalitativ analyse bør man sørge for en kobling mellom kodene og tekstutdrag som disse kodene er knyttet til da dette gir en kodestrukturert empiri (53). Som følge av at jeg hadde god erfaring med å bruke Excel fra tidligere valgte jeg dette som verktøy. Min erfaring er at dette fungerte godt til å systematisere datamaterialet. Det ga meg lett oversikt og kontroll på store mengder data. I neste trinn grupperte jeg kodene tematisk for deretter å løfte blikket å se på hva dette handlet om. Forskningsprosessen ble gjort med trinnvis analyser, noe som styrker den interne validiteten. Ut fra problemstillingen ble foreløpige funn presentert og diskutert i et dialogmøte. Veiledning i arbeidet med analysen bidro til å styrke studien sin validitet (52).



## 6 Konklusjon

Denne studien gir kunnskap om brukermedvirkning i tilsyn med sykehjem. Målet med studien var å beskrive erfaringsmedarbeidernes oppgaver og roller i tilsyn av helse- og omsorgstjenester?

Hovedoppgave til erfaringsmedarbeiderne var å bidra med et større faktagrunnlag og få frem beboerperspektivet gjennom samtaler med beboere og befaring i lokalene.

Erfaringsmedarbeiderne var aktive med å innhente funn og tilbaketrasket i avviksvurderingene da de manglet juridisk kompetanse. Opplæringen ga for dårlig grunnlag til å delta i vurderingene. Erfaringsmedarbeiderne følte seg likeverdig, hørt og sett, deres synspunkter kom med i rapporten. Rollen til erfaringsmedarbeiderne var ny og lite definert, likevel ga samarbeidet mellom Fylkesmann og erfaringsmedarbeiderne tilsynet en ekstra dimensjon.

Det er behov for rammer og retningslinjer som beskriver brukermedvirkning i tilsyn.

Deltakerne beskrev behov for bedre opplæring, i tillegg til bedre rutiner vedrørende intervju av beboer. Flere studier på dette området vil bidra til mer kunnskap om erfaringsmedarbeiderne sine roller og oppgaver i tilsyn. Hvilke oppgaver er det hensiktsmessige at fagutøvere og erfaringsmedarbeidere gjør hver for seg, og hvilke oppgaver vil være egnet til å gjøre sammen? Det er også behov for kunnskap som beskriver hva som er god brukermedvirkning både ut fra teoretiske modeller, men også ut fra erfaringene til brukerrepresentantene.





## Referanser

1. Askheim O. P. Samproduksjon som velferdssektorens kinderegg. Tidsskrift for omsorgsforskning: 2016: 2 (01): 24-36.
2. Meld. St. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
3. Tritter JQ. Revolution or evolution: the challenges of conceptualizing patient and public involvement in a consumerist world. Health Expect, 2009, 12 (3): 275-287.
4. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata. Declaration of Alma-Ata USSR, 1978. S. 1-3.  
[http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)
5. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-10. Helse- og omsorgsdepartementet; 2011
6. Lov om helseforetak m.m. Helse- og omsorgsdepartementet; 2001
7. Lov om kommunale og fylkeskommunale eldreråd. Arbeids- og sosialdepartementet; 1991.
8. Lov om råd eller annen representasjonsordning i kommuner og fylkeskommuner for menneske med nedsett funksjonsevne m.m. Barne- og likestillingsdepartementet; 2005
9. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 4 e). Helse- og omsorgsdepartementet: 2002.
10. Andreassen T. Brukermedvirkning i helsetjenesten. Arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2005.
11. Florin D. Dixon J. Public involvement in health care. BMJ, 2004.328 (7432): 159-161.
12. Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet 2014.
13. Askheim O.P, Christensen K, Fluge S, Guldvik I. User participation in the Norwegian Welfare. Context: an Analysis of Policy Discourses. Jnl Soc. Pol. 2016: 1 – 19.
14. Hunter S, Ritchie P. Co-Production and Personalisation in Social Care: Changing Relationships in the Provision of Social Care. London: Jessica Kingsley, 2007.
15. Tempfer C, Nowak P. Consumer participation and organizational development in health care: a systematic review. Wien Klin Wochenschr. 2011. (123) s 408.
16. Simpson E.L, House A.O. Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review, BMJ, 2002: 325 (7375) :1265

17. Sarrami-Foroushani P, Travaglia J, Debono D, Braithwaite J. Key concepts in consumer and community engagement: a scoping meta-review. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:250
18. Armstrong N, Herbert G, Aveling EL, Dixon-Woods M, Martin G. Optimizing patient involvement in quality improvement. *Health Expect.* 2013;16(3):36-47.
19. Wiig S, Storm M, Aase K, Gjestsen MT, Solheim M, Harthug S, Robert G, Fulop N; QUASER team. Investigating the use of patient involvement and patient experience in quality improvement in Norway: rhetoric or reality? *BMC Health Serv Res.* 2013; 6(13):206.
20. Helsetilsynet. Involvering av pasienter, brukere og pårørende i tilsyn. 04.04.17. <https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Involvering-av-pasienter-brukere-og-parorende-i-tilsyn/>
21. Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven) Helse- og omsorgsdepartementet, 1984.
22. Sosial og helsedirektoratet 2005. ..Og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitet i sosial og helsetjenesten (2005 – 2015)
23. Prosedyre for tilsyn utført som systemrevisjon. Statens helsetilsyn; 2005.
24. NOU 2014:12. Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten. Oslo Helse og omsorgsdepartementet, 2014.
25. Grunnopplæring i brukermedvirkning. Representerende medvirkning for full deltakelse og samfunnsmessig likestilling. Studieforbundet Funkis og FFO; 2014.
26. Barnes M. Users as Citizens: Collective Action and the Local Governance of Welfare. *Social Policy & Administration.* 1999; 33: s 73–90.
27. Andersen J. Brukerrepresentasjon i råd og utvalg på lokalt og regionalt nivå. Høgskolen i Lillehammer; 2011.
28. Odden S, Krogstad R, Brodahl M, Landheim A. Opplærings- og veiledningsbehov hos erfaringskonsulenter. Sukehuset Innlandet: Nasjonal kompetansetjeneste ROP, 2015.
29. Rydheim S.H, Svendsen E. Hvilken plass har erfaringsmedarbeidere i tjenestene innen psykisk helse? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2014, 04, s 368 -376
30. Davidson L, Bellamy C, Guy K, Miller R. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry.* 2012;11(2):123-8.

31. Fylkesmannen I Aust-Agder. Brukere som informanter i systemrevisjon- et pilotprosjekt. Sluttrapport. 2012
32. Arnstein S. A ladder of citizen participation. *Journal of the American Planning Association*, 1969; 35, (4): 216-224.
33. Tritter JQ. & McCallum, A. The snakes and ladders of user involvement: Moving beyond Arnstein. *Health Policy*. 2006; 76 (2): 156-168.
34. Charles C. & Demaio, S. Lay participation in health care decision making: a conceptual framework. *J Health Polit Policy Law*, 1993; 18 (4); 881-904.
35. Knaapen L. Lehoux P. 2016 Three Conceptual Models of Patient and Public Involvement in Standard-setting: From Abstract Principles to Complex Practice Science as Culture. 2016; 25, (2):239-263.
36. Askheim O. P. Fra empowerment til samproduksjon: Vitalisering eller tåkelegging av empowermentperspektivet? I: Tveiten S, Boge K. red. *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk - nye perspektiver*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2014 s. 26-35.
37. Tveiten S, Boge K. *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk- nye perspektiver*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2014.
38. Stang I. *Makt og bemyndigelse; om å ta pasient og brukermedvirkning på alvor*. Oslo: Universitetsforlaget. 1998.
39. Grimen 2009 Power, Trust, and Risk. Some Reflections on an Absent Issue. 2009;23: 16–33.
40. Beresford P. *The Theory and Philosophy Behind User Involvement*. I: Beresford P, Carr S. *Social Care, Service Users and User Involvement*. Jessica Kingsley Publishers; 2012 s 17-25.
41. Fugini M, Bracci E, Sicilia M. *Co-production in the Public Sector. Experiences and Challenges*. Italia: Springer; 2016.
42. Pestoff V. *Co-Production as a Maturing Concept*. I: Pestoff V, Brandsen T, Verschuere B. red. *New Public Governance, the Third Sector, and Co-Production*. 1. utg. London: Routledge; 2012, 13-35.
43. NOU 2011:11. *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Departementenes servicesenter Informasjonsforvaltning; 2011.
44. Needham C. og Carr S. *Co-production: an emerging evidence base for adult social care transformation*. (SCIE). 2009.

45. Bovaird T, Löffler E. From engagement to Co-production: How Users and Communities Contribute to Public Services. I: Pestoff V, Brandsen T, Verschuere B. red. *New Public Governance, the Third Sector, and Co-Production*. 1. utg. London: Routledge; 2012, 13-35.
46. Ewer B, Evers A. Co-production: Contested Meanings and Challenges for User Organizations. I: Pestoff V, Brandsen T, Verschuere B. red. *New Public Governance, the Third Sector, and Co-Production*. 1. utg. London: Routledge; 2012, 61-78.
47. Carr S. Participation, resistance and change. I: Beresford P, Carr S. *Social Care, Service Users and User Involvement*. Jessica Kingsley Publishers; 2012.
48. Barnes M, Cotterell P, red. *From margin to mainstream*. I: Barnes og Cotterell Bristol. The Policy Press. *Critical Perspectives on User Involvement*:2011
49. Meld. St. 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
50. Meld. St. 34 (2012–2013) *Folkehelsemeldingen God helse – felles ansvar* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
51. Askheim O.P. Samproduksjon som velferdssektorens kinderegg  
*Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2016;1 (2) 24-36.
52. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, en innføring*. 3. ed. Universitetsforlaget, 2013.
53. Tjora, A. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2012.
54. Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*, 2009.

## **Vedlegg**

Vedlegg 1: Program for tilsynskolen

Vedlegg 2: Oversikt over planleggingsmøter i tilsynsteamet

Vedlegg 3: Samtykkeerklæring

Vedlegg 4: Intervjuguider og tema for dialogmøte

Vedlegg 5: Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i Midt-Norge

Vedlegg 6: Norsk senter for forskningsdata



## Vedlegg 1

Styrket involvering av pasienter, brukere og pårørende i tilsyn – opplæring av erfaringsmedarbeidere – 6. og 7. april 2016

### 1. dag

- 10.00: Velkommen v/ [redacted]  
 10.15: Presentasjonsrunde  
 10.30 – 11.00: Introduksjon av prosjektet v/ [redacted]  
 11.15 – 12.00: Lov om Statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenestene – mål og Virkemiddel v/seniorrådgiver [redacted]  
 12.00: Lunsj  
 13.00 – 14.30: Tilsynsmetode v/seniorrådgiver [redacted]  
 14.45 – 15.30: Internkontroll v/seniorrådgiver [redacted]

### 2. dag

Parallele sesjoner:

|                |  |   |
|----------------|--|---|
| 09.00 – 10.30: | Tilsyn med kommunale tjenester til Psykisk Utviklingshemmede v/seniorrådgiver [redacted]<br>[redacted]<br>[redacted] | Tilsyn med kommunale tjenester til tjenestemottakere i sykehjem v/seniorrådgiver [redacted]<br>og seniorrådgiver [redacted]<br>[redacted] |
| 10.45 – 11.30: | Vurdering: v/seniorrådgiver [redacted] og [redacted]   | Vurdering: v/seniorrådgiver [redacted]<br>seniorrådgiver [redacted]<br>[redacted]   |
| 11.30 – 12.15: | LUNSJ  |   |
| 12.15 – 13.00: | Gjennomføring av tilsyn, erfaringsmedarbeidernes rolle, inkl. taushetsplikt  | Gjennomføring av tilsyn, erfaringsmedarbeidernes rolle, inkl. taushetsplikt   |

13.15 – 14.00: Videre arbeid





## Vedlegg 2

### Oversikt over planleggingsmøter mellom Fylkesmann og erfaringsmedarbeiderne

| Aktivitet                           | Ansvarlig                                  | Tid/sted                      | Merknad  |
|-------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| Forberedelse                        | Alle                                       | Vår 2016<br>kl. 09.00 – 11.30 | Gjennomgang av tilsynet  |
| Formøte<br>(felles med PU-tilsynet) | Alle                                       | August<br>kl. 12.00 – 15.00   | Gjennomgang av tilsynet  |
| Forberedelse                        | Alle                                       | Høst<br>kl. 13.30 – 15.00     | Spørsmålsguide<br>Skjema for journal gjennomgang<br>Erfaringsmedarbeidernes<br>oppgaver under tilsynet |
| Forberedelse                        | Alle                                       | Høst<br>kl. 13.30 – 15.30     |  |
| Forberedelse av første<br>tilsyn    | Alle                                       | Høst<br>kl. 13.30 – 15.30     |  |
| <b>Tilsynsbesøk</b>                 | Alle                                       | Høst                          |  |
| Foreløpig rapport                   | Teamleder<br>lager utkast –<br>alle bidrar | Høst<br>kl. 12.00 – 14.00     | Evaluere rapport   |
| Forberedelse av tilsyn              |  |                               | Ettermiddagen dagen før<br>tilsynsbesøket  |
| <b>Tilsynsbesøk</b>                 | Alle                                       | Høst                          |  |
| Foreløpig rapport                   | Teamleder<br>lager utkast –<br>alle bidrar | Høst<br>kl 13.30 – 15.30      |  |
| Forberedelse av tilsyn              | Alle                                       | Høst<br>kl. 13.30 – 15.30     | Forberede tilsyn   |
| <b>2 Tilsynsbesøk</b>               | Alle                                       | .                             |  |
| Foreløpig rapport                   | Teamleder<br>lager utkast –<br>alle bidrar | Desember<br>kl 13.30 – 15.30  |  |
| Evaluering av<br>tilsynsprosessen   | Alle                                       | Desember<br>kl. 12.00 – 16.00 | Gjennomføringen<br>Oppsummering av tilsyns-tema<br>Funn med vurderinger                                |



## Vedlegg 3

### Samtykke til å delta i forskningsprosjektet

«Brukermedvirkning i tilsyn av helse- og omsorgstjenester. En kvalitativ studie av gjennomføringen og aktørenes erfaringer»

#### Bakgrunn og hensikt

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag gjennomfører i 2016 og 2017 prosjektet «Styrket involvering av pasienter, brukere og pårørende i tilsyn». Forskere ved NTNU skal gjennomføre et forskningsprosjekt knyttet til dette arbeidet. Hensikten er å dokumentere hvordan involveringen av erfaringsmedarbeidere i tilsyn blir gjennomført, og å få frem erfaringene hos de ulike aktørene. Forskerne samler inn disse erfaringene gjennom intervju med aktørene. Resultatene vil bli brukt i en masteroppgave i klinisk helsevitenskap og til en evalueringsrapport til Fylkesmannen.

#### Hva innebærer studien?

Vi ønsker å snakke med deg som har deltatt i dette prosjektet, som erfaringsmedarbeider, ansatt hos Fylkesmannen eller ansatt i et tilsynsobjekt. Du blir bedt om å stille opp til ett eller flere intervju i løpet av prosjektet. Intervjuet blir enten en individuell samtale mellom deg og en forsker eller en samtale i gruppe med andre deltakere. Intervjuet vil vare ca. 1 time. I intervjuet vil du bli spurt om hvilke forventninger du hadde til gjennomføring av tilsynene, og hvilke erfaringer du har hatt med dette prosjektet. Intervjuet vil bli tatt opp på lydopptak. Lydopptaket blir senere skrevet ut som tekst og all personidentifiserbar informasjon blir fjernet. Når prosjektet er ferdig slettes lydopptakene.

#### Hva skjer med informasjonen fra deg?

Informasjonen som samles inn skal kun brukes i dette prosjektet. Det vil ikke være mulig for utenforstående å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Prosjektet er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste.

Forskningsprosjektet gjennomføres i forbindelse med masterstudiet i helsevitenskap ved NTNU. Prosjektansvarlig og veileder er Marit By Rise, Postdoktor ved Institutt for samfunnsmedisin NTNU.

#### Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst, uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke uten at det får noen konsekvenser for deg. Dersom du har spørsmål til studien kan du kontakte Marit By Rise på telefon 993 15 365 eller masterstudent Unni Tangen på telefon 473 39 055.

Jeg ønsker å delta i studien

---

(Dato, Sted, Signatur)



## Vedlegg 4

### Intervjuguide, fokusgruppe Før tilsyn, erfaringsmedarbeidere

1. Fortell litt om hvordan du/dere ble med i dette prosjektet?
  - Hvordan ble du forespurt om å delta?
  - Av hvem?
  - Når?
  - Hvilken informasjon fikk du?
2. Hva var avgjørende for at du ønsket å delta? (motivasjon)
  - Hva betyr det for deg å delta i tilsyn? (verdien /personlig / politisk)
3. Hva er dine forventninger til å delta i tilsynsteamet?
  - a. Hva tror du erfaringsmedarbeiderne kan bidra med?
  - b. Potensielle resultater (merverdi) med erfaringsmedarbeidere?
  - c. Eventuelle utfordringer?
4. Hva er dine erfaringer med å delta på tilsynsskolen?
  - Utbytte
  - Tema
  - Deltakelse/involvering / samspill mellom erfaringsmedarbeider og fagpersonell, respekt, kommunikasjon
5. Hvordan vil du beskrive samarbeidet mellom erfaringsmedarbeiderne og fagpersonell i forberedelsene av tilsynet?
6. Hva tenker du/dere er det viktigste med at erfaringsmedarbeidere deltar i tilsynsteamet?

### Intervjuguide, individuelle intervju Før tilsyn, ansatte hos Fylkesmann

1. Kan du fortelle litt om bakgrunnen for at Fylkesmannen ønsker å ha EM med i tilsyn?
2. Hvilke forventninger har du til erfaringsmedarbeiderne som skal delta i tilsyn?
  - Samarbeid, involvering
  - Praktisk organiseringen og gjennomføring av tilsynet
  - Rollefordeling
3. Hva tenker du kan være potensielle utbytter av at EM er med i tilsynsteamet
4. Hva tenker du kan være mulige utfordringer i dette arbeidet?
5. Hvordan vil du beskrive samarbeidet mellom erfaringsmedarbeiderne og fagpersonell i forberedelsene av tilsynet?



## Intervjuguide fokusgruppe

### Etter tilsyn: Erfaringsmedarbeidere og ansatte hos Fylkesmann

1. Hva er dine erfaringer med å delta i tilsyn / ha med erfaringsmedarbeidere i tilsyn?
  - a. Prosessen, utviklingen fra det første tilsynet til det siste
  - b. Tidsbruk, organisering, oppgavefordelingen
  - c. Utfordringer
2. Hva mener du merverdien har vært av at EM har deltatt i tilsynsarbeidet?
  - a. Hadde EM noen innflytelse på arbeidet? I så fall hvilke områder?
3. Hvordan opplevde du samarbeidet i teamet
  - a. Inkludering, kommunikasjon, respekt, innflytelse
  - b. Var fokus ulikt for fagpersonell og erfaringsmedarbeidere?
4. Nå i etterkant, hvordan var du forberedt på å delta i tilsyn / på å ha med erfaringsmedarbeidere i tilsyn (kunnskap)
5. Noe av det som ble sakt på tilsynsskolen var at brukere på sykehjemmet skulle intervjues. Kan dere fortelle hvordan det fungerte å innhente informasjon fra brukere?
  - a. Hva ble vektlagt
  - b. Hva kunne vært gjort annerledes
6. På tilsynsskolen ble det informert om at ansatte / ledere på sykehjemmet skulle intervjues. Kan dere fortelle hvordan dere bidro i dette?
  - a. Hvordan fungerte intervjuene av ansatte/ ledere i objektet?
  - b. Benyttet du deg av å stille tillegsspørsmål, eventuelt hvorfor ikke?
  - c. Hva ble vektlagt?

## Dialogmøte

1. Presentasjon av:
  - Arbeidsprosessen, fra intervju og til presentasjon av funn
  - Foreløpige utvalgte funn
2. Diskusjon og refleksjon.

Målet er ikke nødvendigvis enighet, men innsikt og forståelse.

  - Hva tenker dere om funnene?
    - ✓ Overraskelser
    - ✓ Ny innsikt, ny kunnskap?
  - Hvordan vurderer dere verdien av denne kunnskapen med tanke på gjennomføringen av tilsyn?
    - ✓ Relevans (samme?)
    - ✓ Overføringsverdi til andre





## Vedlegg 5



|          |                   |          |             |                   |
|----------|-------------------|----------|-------------|-------------------|
| Region:  | Saksbehandler:    | Telefon: | Vår dato:   | Vår referanse:    |
| REK midt | Marit Hovdal Moan | 73597504 | 04.04.2016  | 2016/585/REK midt |
|          |                   |          | Deres dato: | Deres referanse:  |
|          |                   |          | 01.04.2016  |                   |

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Marit By Rise  
NTNU

### 2016/585 Brukermedvirkning i tilsynsvirksomhet

Vi viser til innsendt fremleggingsvurderingsskjema datert 01.04.2016. Henvendelsen har blitt vurdert av komiteens leder.

### Prosjektomtale

Komiteen oppfatter prosjektet som en studie designet for å undersøke gjennomføringen av og aktørenes erfaringer med brukermedvirkning i tilsyn av helse- og omsorgstjenester til eldre og personer med psykisk utviklingshemming.

### Vurdering

Komiteen mener at prosjektet ikke framstår som medisinsk og helsefaglig forskning men som annen type forskning, ettersom det ikke har til hensikt å fremskaffe ny kunnskap om helse og sykdom. Prosjektet omfattes derfor ikke av helseforskningslovens saklige virkeområde, og kan gjennomføres uten nærmere etisk vurdering av REK. Vi minner imidlertid om at dersom det skal registreres personopplysninger, må prosjektet meldes til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

### Merknad

Vi minner om at vurderingen er gjort med bakgrunn i de innsendte dokumenter og kun er å betrakte som veiledende, jf. forvaltningsloven § 11. Dersom du ønsker at det skal fattes et formelt enkeltvedtak etter forvaltningsloven, må du sende inn en full projektsøknad til REK. En projektsøknad blir komitébehandlet iht. oppsatte frister.

Med vennlig hilsen

Sven Erik Gisvold  
Dr.med.  
Leder, REK midt

Marit Hovdal Moan  
Seniorrådgiver

Kopi til: [siri.forsmo@ntnu.no](mailto:siri.forsmo@ntnu.no)

Besøksadresse:  
Det medisinske fakultet  
Medisinsk teknisk  
forskningscenter 7489  
Trondheim

Telefon: 73597511  
E-post: [tek-midr@medisin.ntnu.no](mailto:tek-midr@medisin.ntnu.no)  
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i  
saksbehandlingen, bes adressert til REK  
midt og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to  
the Regional Ethics Committee, REK  
midt, not to individual staff



## Vedlegg 6



Marit By Rise  
Institutt for samfunnsmedisin NTNU  
Postboks 8905  
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 31.05.2016

Vår ref: 48331 / 3 / AGL

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.04.2016. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 25.05.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| 48331                       | <i>Brukermedvirkning i tilsyn av helse- og omsorgstjenester for eldre og mennesker med psykisk utviklingshemming. En kvalitativ studie av gjennomføringen og aktørenes erfaringer</i> |
| <i>Behandlingsansvarlig</i> | <i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>   |
| <i>Daglig ansvarlig</i>     | <i>Marit By Rise</i>  |
| <i>Student</i>              | <i>Unni Tangen</i>  |

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.12.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Audun Løvlie

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*