

Marte Anthonsen
Julie Eiksund

Valg om meg, tas ikke uten meg

Hvilke erfaringer har helsepersonell med pasienter og pårørendes brukermedvirkning?

Antall ord: 8741

Bacheloroppgave i sykepleie

Veileder: Anne Dreyer

Juni 2020

Marte Anthonsen
Julie Eiksund

Valg om meg, tas ikke uten meg

Hvilke erfaringer har helsepersonell med pasienter og pårørendes brukermedvirkning?

Antall ord: 8741

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Anne Dreyer
Juni 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



Kunnskap for en bedre verden

Forord

Det sjette og siste semesteret av sykepleierstudiet består blant annet av å skrive en bacheloroppgave. Det er med stort engasjement og stolthet vi presenterer vår bacheloroppgave som en empirisk studie. Vi syntes det var svært interessant å dra ut i feltet og knytte studieoppgaven til kunnskapsbasert praksis.

Vi har valgt å skrive om temaet brukermedvirkning med fokus på helsepersonellens erfaringer. Arbeidet og prosessen med denne oppgaven har vært lærerik, og vi sitter igjen med en bredere forståelse av temaet brukermedvirkning. Erfaringen og kunnskapen vi har fått blir god å ta med inn i arbeidslivet som venter etter endt bachelor i sykepleie. Vi vil takke vår veileder Anne Dreyer for tett og godt samarbeid, samt god oppfølging gjennom prosessen med oppgaven.

Ønsker også å benytte muligheten til å takke den aktuelle institusjonen og informanter som barmhjertelig stilte opp til intervju. Uten de og deres nyttige, interessante og utfyllende svar hadde det ikke vært mulig å gjennomføre denne studieoppgaven.

Tusen takk til dere alle!

Sammendrag

Hensikten med denne studien var å få innsikt i hvilke erfaringer helsepersonell har med brukermedvirkning i arbeid med pasienter og pårørende.

I Norge er brukermedvirkning en lovpålagt rettighet pasienter har. Kommunens sentralforbund og Folkehelseinstituttet har samarbeidet om å iverksette en kampanje som fokuserer på nettopp dette, hvor helsepersonell oppfordres til å spørre pasienten "hva er viktig for deg". Kampanjen markeres både nasjonalt og internasjonalt en bestemt dato, hvert år.

Vi har valgt å skrive en empirisk studie, der metoden som ble brukt er kvalitativ. Vi gjennomførte fokusgruppeintervju der utvalget besto av tre helsepersonell ansatt på sykehjem. Fokusgruppeintervjuet resulterte i detaljerte og utfyllende beskrivelser av helsepersonellens erfaringer.

Det ble identifisert fire hovedfunn i studien og disse kategoriseres som følger: bruk av brukermedvirkning i arbeidshverdagen, dokumentasjon, fagutvikling og utfordringer i avdelingen.

"Hva er viktig for deg"- dagen er med på å sette fokus på brukermedvirkning i arbeidshverdagen, men helsepersonellens erfaringer peker på at brukermedvirkning er noe de jobber med hver dag, hele året. Likevel oppstår det utfordringer som gjør at pasienter og pårørende i ulike situasjoner kan være mindre medbestemmende i hverdagen enn hva de har rett på. Funnene tyder på at driften av sykehjem, rutiner i arbeidshverdagen, pårørende og ansvarsfølelse hos helsepersonell er utfordringer som gjør brukermedvirkningen vanskelig.

Abstract

The purpose of this study was to gain insight into the experiences of health professionals with user participation in working with patients and relatives.

In Norway, user participation is a statutory right. Kommunens sentralforbund and Folkehelseinstituttet cooperate to launch a campaign focusing on this, where health care professionals are encouraged to ask the patient "what matters to you". The campaign is marked both national and international on an exact date, each year.

We have chosen to write an empirical study in which the method used is qualitative. We conducted a focus group interview, in which the informants were three health professionals employed in nursing homes. This resulted in detailed and complementary descriptions of the health professionals' experiences.

Four main findings have been identified in the study and these categories as segment: use of user participation, documentation, professional development and challenges in the section.

The campaign helps the health workers to focus on user participation, but they also point out that user participation is something they focus on every day, all year. Nevertheless, the health professionals experience that it can arise challenges in patients and dependents user participation in different situations which results in less co-determining in everyday life than what they are entitled to. The findings suggest that the operation of nursing homes, work-life routines, relatives and sense of responsibility among health professionals are challenges that make user participation difficult.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1. Presentasjon av tema og problemstilling	1
1.2. Avgrensing av oppgaven	2
1.3. Oppgavens struktur	2
2. Bakgrunn	2
2.1. Det siste hjemmet	2
2.2. Brukermedvirkning	3
2.2.1. Sykepleiers rolle	3
2.3. Empowerment	3
2.3.1. Salutogenese	4
2.3.2. Autonomi	4
2.4. Organisatorisk kompetanse	4
2.4.1. Lovverk og retningslinjer	4
2.5. Tidligere forskning	5
3. Metode	6
3.1. Metodisk tilnærming og utvalg	6
3.2. Utarbeidelse av intervjuguide	7
3.3. Gjennomføring av fokusgruppeintervju	8
3.4. Dataanalyse	9
3.4.1. De fire trinn	9
3.5. Etisk begrunnelse	10
4. Resultat	11
4.1. Bruk av brukermedvirkning i arbeidshverdagen	11
4.1.1. Ansvar, kollegaskap og erfaring	12
4.1.2. Samarbeid og involvering av pårørende	12
4.2. Dokumentasjon	13
4.3. Fagutvikling	13
4.4. Utfordringen i avdelingen	14
4.4.1. Ulike faggrupper- å nå ut til alle	14
4.4.2. Kontrollbehov og makt	15
5. Diskusjon	15
5.1. Bruk av brukermedvirkning i arbeidshverdagen	16
5.2. Dokumentasjon	19
5.3. Fagutvikling	20
5.4. Utfordringer i avdelingen	20
5.4.1. Betydning av ledelse	21
5.4.2. Det etiske dilemmaet	22
5.5. Metodediskusjon	23

6. Konklusjon	24
6.1. <i>Anbefaling til videre forskning</i>	25
7. Litteraturliste	26

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Anonymisert informasjonsskriv til avdelingsleder og deltakere

1. Innledning

1.1. Presentasjon av tema og problemstilling

I Norge er brukermedvirkning en lovpålagt rettighet pasienter har (Helsedirektoratet, 2017). For en sykepleier innebærer dette at utøvelsen av sykepleie baseres på at pasientene er medbestemmende i hverdagen. Dette er også noe Norges Sykepleierforbund (u.d) stiller seg støttende til ved å presentere brukermedvirkning som en viktig faktor i Yrkesetiske Retningslinjer for sykepleiere. Brukermedvirkning settes også fokus på ved hjelp av diverse kampanjer. Et eksempel på dette er "Hva er viktig for deg?"-dagen, som er en internasjonal markering der helsepersonell oppfordres til å spørre hva som er viktig for pasienten. I Norge er kampanjen et resultat av samarbeid mellom Kommunens sentralforbund og Folkehelseinstituttet, der det er satt av en dato hvert år til markeringen. I 2019 ble dagen markert for 6. gang over hele Norge, og ellers i 50 andre land i verden (Pasientsikkerhetsprogrammet, u.d).

Det er ikke alltid brukermedvirkning lar seg gjennomføre i tråd med hva hver enkelt pasient ønsker. utfordringene kan komme på bakgrunn av fysisk og/eller psykisk svekkelse, noe som kan bidra til utfordringer i kommunikasjon og språkforståelse. Derfor ses det på med viktighet å kunne inkludere pårørende i de situasjonene der pasientene selv ikke har kapasitet og krefter til å uttrykke egne ønsker og behov (Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester, u.d).

Brukermedvirkning er altså et internasjonalt, sentralt og viktig element i utøvelsen av sykepleie. Både på bakgrunn av kampanjer og det fakta at brukermedvirkning er en lovpålagt rettighet, gir dette oss et inntrykk av at det jobbes aktivt med å belyse brukermedvirkning og viktigheten av det innenfor brukerstyrte tjenester. Det vi lurer på, er om dette er nok? I hvilken grad blir brukermedvirkning fokusert på i en ellers aktiv og travel arbeidshverdag? Og i de tilfellene der pasienten selv ikke kan være medbestemmende i egen hverdag, hvordan inkluderes pårørende? Vi opplever at brukermedvirkning er "i vinden" i dag og ønsker med dette å finne mer ut av hvilke erfaringer helsepersonell har med brukermedvirkning på sykehjem.

Vi har valgt problemstillingen som følger: Hvilke erfaringer har helsepersonell med pasienter og pårørendes brukermedvirkning?

1.2. Avgrensing av oppgaven

Vi valgte å rette fokus mot helsepersonellens erfaringer med brukermedvirkning innenfor sykehjem. Av tidsmessige hensyn og oppgavens retningslinjer, valgte vi å ikke ta med hverken pasienters eller pårørendes opplevelse.

1.3. Oppgavens struktur

Oppgaven struktureres etter kapittel og nummereres fra 1 til 6. I kapittel 1 presenteres tematikken og problemstillingen for selve studien. Her vil også avgrensing og oppgavens struktur beskrives. Videre vil kapittel 2 gå mer inn på bakgrunnen for studiet, før kapittel 3 tar for seg en redegjørelse for metodisk tilnærming. Her vil intervjuguide, gjennomførelse av intervju og analyse være sentrale moment. Resultatene fra intervjuet vil bli presentert i kapittel 4, før resultatene tolkes i kapittel 5. Tolkningen bygges opp av teori og relevant forskning. I denne delen vil også metodekritikk belyses. Som avslutning fremkommer kapittel 6 som vil være en konklusjon.

2. Bakgrunn

I dette kapittelet vil vi presentere ulike teorier som vil bli vektlagt i løpet av oppgaven. Vi gir en innføring i rammene for drift av sykehjem og hvilke pasienter vi kan møte i disse institusjonene. Videre går vi mer i dybden på hva brukermedvirkning er, hvilke krav som stilles til sykepleiere og hvilken rolle denne faggruppen har innenfor temaet. Vi vil ta for oss begrepet empowerment og presentere Aron Antonovskys teori om helsefremmende arbeid, samt komme innom betydningen av autonomiprinsippet. Vi avslutter med å presentere sykepleiernes dobbelte kompetanse, diverse lovverk som er aktuelle innenfor brukermedvirkning og tidligere, relevant forskning.

2.1. Det siste hjemmet

Forskrift for sykehjem (2013, § 2-1) beskriver sykehjem som en boform der pasienten tilbys heldøgns opphold. Oppholdet skal være organisert med diverse helsetjenester, der sykepleiertjeneste fremkommer som en av disse. På sykehjemmet skal pasientene ha mulighet til å dyrke sine personlige interesser og forme tilværelsen de ønsker (Forskrift for sykehjem, 2013, § 4-4). Pasientene har særskilte behov, og behandlingen de krever er i den grad at den kan gjennomføres utenfor sykehuset. Til gjengjeld krever tjenestene mer helsefaglig innsats enn hva som lar seg

gjøre i private hjem. Derfor blir sykehjemmet ofte den plassen der pasientene tilbringer sine siste leveår (Braut, 2018).

2.2. Brukermedvirkning

Brukermedvirkning handler om hvordan pasienter har rett og mulighet til å påvirke eget hjelpetilbud. Innenfor brukermedvirkning er det vanlig å skape et hovedskille mellom brukermedvirkning på individnivå og systemnivå (Askheim, 2017).

Brukermedvirkning på individnivå retter fokuset mot de faktiske møtene mellom pasient og sykepleier. Pasienten får mulighet til å ha innflytelse på tjenestene vedkommende mottar gjennom å være medvirkende i valg, utforming og anvendelse av helsetjenester som er tilgjengelig. Med dette som fokus, kan pasienten oppleve større autonomi, myndighet og kontroll over eget liv. Dersom pasienten selv ikke kan gi uttrykk for egne ønsker og behov, kan interessene ivaretas av en representant for vedkommende. Dette kan for eksempel være pårørende (Veiviseren- for bolig og tjenesteområdet, 2020).

2.2.1. Sykepleiers rolle

En sykepleier omtales ofte som fleksibel og tilpasningsdyktig, gjerne på bakgrunn av alle de ulike krav som settes til yrket. Med fokus på brukermedvirkning, vil det være nødvendig for sykepleieren å danne seg et helhetlig bilde av situasjonen. Dette igjen vil kreve at sykepleieren har ulike tilnærminger og perspektiver. Særlig er det tre kunnskapsområder sykepleieren bør ha i fokus. Faglig/profesjonell kunnskap er den aktuelle kunnskapen sykepleiere og tjenesten sitter på. Systemkunnskap handler om å finne strategier og metoder for hvordan systemer fungerer sammen. Dette handler om ledelse, og er spesielt nødvendig for å få samhandling mellom ulike nivå i tjenesten til å fungere. Informasjonsflyt, sammenheng i ulike pasientforløp og rett kompetanse på rett plass er viktige faktorer herunder. Erfaringskunnskap er de faktiske erfaringer og refleksjoner brukerne selv har gjort seg opp (Veiviseren- for bolig og tjenesteområdet, 2020).

2.3. Empowerment

Innenfor temaet brukermedvirkning, virker empowerment på den måten av pasienten blir en aktiv deltaker ved behandling av sykdom og skade. Nettopp det å la pasienten være en aktiv deltaker, anses å være en viktig

del av helsepersonellens rehabiliterende funksjon og ansvar (Stubberud, 2018, s.32).

Videre presenterer Stubberud (2018, s.32) empowerment som en prosess, der selve begrepet beskrives med ord som myndiggjøring eller bemyndigelse. Prosessen legger vekt på å styrke pasientens egne ressurser, slik at pasienten selv kan kunne ivareta sin egenomsorg. Attpåtil dette vil empowerment bidra til at pasienten kan etterleve anbefalt behandling og anbefalte livsstiltak som fremmer helse, livsutfoldelse og livskvalitet.

2.3.1. Salutogenese

Aaron Antonovsky (2012, s. 23) var en israelsk amerikansk professor i medisinsk sosiologi. Antonovsky utviklet en mestringsmodell, *den salutogenetiske modell*. Denne modellen fokuserer på det friske og positive fremfor det patogene som vektlegger det syke og negative (Antonovsky, 2012, s. 36).

2.3.2 Autonomi

Begrepet autonomi handler om menneskers rett til selvbestemmelse hvor to elementer står sentralt. Det ene er at mennesket har kunnskap og er i stand til å reflektere kritisk, tenke fornuftig og være i stand til å ta imot og bearbeide informasjon fra andre. Det andre elementet viser til at mennesket har myndighet og frihet til å kunne bestemme selv. Disse to elementene henger sammen i hverandre og gjelder alle uavhengig om man er frisk eller har behov for helsetjenester (Nordtvedt, 2016, s.136).

2.4. Organisatorisk kompetanse

Helsepersonell blir ofte omtalt som å være dyktige klinikere, noe Orvik (2015, s. 17) omtaler som en selvfølgelig egenskap. Det som kan være en mindre selvfølge, er deres evne til å kunne organisere egen og andres arbeidshverdag, samt ha innsikt i hvordan de forskjellige avdelinger og arbeidsplasser er oppbygd og fungerer. Orvik (2015, s.17) presenterer disse to kompetanseområdene omtalt over gjennom uttrykket dobbeltkompetanse.

2.4.1. Lovverk og retningslinjer

Brukermedvirkning er tydelig ivaretatt i ulike lover, forskrifter og retningslinjer.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere bygger på prinsippene i ICNs etiske regler og menneskerettighetene fra FNs menneskerettighetserklæring. Retningslinjene er veiledende for å kunne ta gode etiske beslutninger, og består av en rekke momenter som kan ses på som viktig i utøvelsen av god sykepleie i møte med pasienter, pårørende, kollegaer og andre fagprofesjoner (Norsk sykepleierforbund, u.d).

Helsepersonelloven (1999, §1) har en rekke krav til hvordan helsetjenesten utøver sitt arbeid. Dette er for å kunne gi kvalitet og sikkerhet som bygger på tillit mottaker får av omsorgstjenesten og de som jobber innenfor dette fagfeltet (Helsepersonelloven, 1999, §1).

I pasientrettighetsloven står det under § 4-6: Om pasienter over 18 år som ikke har samtykkekompetanse:

Dersom en pasient over 18 år ikke har samtykkekompetanse etter § 4-3 annet ledd, kan den som yter helsehjelp, ta avgjørelse om helsehjelp som er av lite inngripende karakter med hensyn til omfang og varighet. (Pasientrettighetsloven, 1999)

Videre belyser også denne loven at det er mulig å innhente informasjon fra pasientens nærmeste pårørende om hva pasienten ville ha ønsket i situasjoner der det er usikkert hva pasienten ville ha ønsket. I journalen til pasienten skal det fremkomme hva de nærmeste pårørende har opplyst og hva kvalifisert helsepersonell har av oppfatning (Pasientrettighetsloven, 1999).

I pasientrettighetsloven står det under § 3-1: Pasientens eller brukerens rett til medvirkning;

Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. (Pasientrettighetsloven, 1999)

2.5. Tidligere forskning

Vi ønsket å se om vi kunne finne relevant forskning innenfor temaet. Vi søkte systematisk litteratursøk i databasen CINHAL og fant to studier vi ønsker å bruke i studien. Noen av søkeordene vi brukte var *job*

experience, nursing home patients, nursing homes og *person centered care*. Søkekriteriene vi brukte var maksimalt 10 år gammel studie fra oppstart av bacheloroppgaven, at studien ble gjennomført i Europa og aldersgruppen var over 65 år. Dette for å treffe temaet vårt nærmest mulig. Til sammen fikk vi 32 treff.

I 2012 publiserte Norheim & Vinsnes (2012) en studie hvor de belyste hvilke erfaringer ansatte på et sykehjem i Norge hadde om faktorer som påvirket pasienters involvering i behandlingsforløpet. Vi ønsker å ta med denne studien fordi den treffer samme pasientgruppe og går på erfaringer helsepersonell har. Deltakerne fikk også gjennomføre et kompetanseutviklingsprogram som gikk over ett år. Et av funnene pekte på at miljøforholdene og holdningene ansatte har spiller en sentral rolle på hvor godt pasienters medbestemmelse blir ivaretatt. Det kunne også ses en sammenheng mellom teamarbeid i avdelingen, kontinuitet, strukturelle forhold, tidspress og samarbeid med pårørende.

Malmedal, Ingebrigtsen & Saveman (2009) gjennomførte en studie for å avdekke hvor ofte det ble gitt mangelfull omsorg av ansatte på sykehjem. Et annet mål for denne studien var å undersøke om ansattes alder, utdanningsnivå og arbeidserfaring hadde innvirkning på dokumentering. Vi ønsket å ta med denne studien, da den belyser avvik ved at brukermedvirkning ikke blir ivaretatt. Et av resultatene i denne studien viste at mangelfull pleie av emosjonell karakter ble rapportert hyppigst. Det ble deriblant også vist at hele 94% av deltakerne som var sykepleiere rapporterte at de har opplevd en handling, enten begått av seg selv eller av noen andre, som har gitt mangelfull omsorg.

3. Metode

Metode kommer opprinnelig fra det greske ordet *methodos*, som betyr en bestemt vei mot målet (Christoffersen, Johannessen, Tufte, & Utne, 2015, s. 18). I dette kapitlet redegjør vi valg av metodisk tilnærming og utvalgsmetode. Videre vil vi forklare fremgangsmåten for å analysere datamaterialet, før vi til slutt vil reflektere rundt etisk begrunning.

3.1. Metodisk tilnærming og utvalg

For å finne ut mer om helsepersonellens erfaringer på et tildelt sykehjem har vi valgt å ta utgangspunkt i innholdsanalysen etter metoden presentert av Malterud (2017), kombinert med Evans (2002) og Dalland (2017). Vi har tatt i bruk en kvalitativ metode i denne studien, da denne

metoden kan bidra til å presentere mangfold, nyanser og subjektive erfaringer (Malterud, 2017, s.30). Dette for å treffe vår problemstilling.

Vi benyttet en strategisk utvelgelse av informanter, som menes å velge kandidater i forkant av studien som vi tror kan noe om det vi ønsker å finne mer ut av (Dalland, 2017, s.57; Malterud,2017, s.58). Vi har valgt å holde søkelyset på helsepersonell uavhengig av profesjon, og utvalget vårt består av 2 sykepleiere og 1 helsefagarbeider som jobber ved samme sykehjem. Tidligere erfaringer til de tre informanter er varierende, hvor de hadde arbeidet alt fra 7-30 år. Den ene sykepleieren holder på med en master, mens den andre sykepleieren og hjelpepleieren allerede har gjennomgått videreutdannelse.

Undersøkelsesmetoden vi har valgt er fokusgruppeintervju. Denne undersøkelsesmetoden blir hensiktsmessig når ønsket er å lære om erfaringer i miljøet der mange mennesker samhandler (Malterud, 2017, s.138; Dalland, 2017, s.52). Erfaringer og kunnskap informantene kan ha, er situasjonsbestemt. Ved å holde et fokusgruppeintervju kan vi som forskere tilpasse intervjuet etter hvilken respons vi får fra informantene om situasjoner og hendelser de har hatt ved mer fylldige historier (Christoffersen mfl., 2015, s.18-19). Dette styrker vår begrunnelse om valg av undersøkelsesmetode da vi ønsker å få flere synspunkt, holdninger og en større bredde av erfaringer.

Vi fikk tildelt et aktuelt sykehjem av universitetet i samhandling med kommunen. En ressursperson ved institusjonen fant informanter som ønsket å delta. De fikk informasjon om valgt tema i forkant av intervjuet og fikk avtalt tid og sted gjennom denne ressurspersonen.

3.2. Utarbeidelse av intervjuguide

I forkant av intervjuet, utarbeidet vi en intervjuguide, som er en liste over temaer og spørsmål som stilles til informantene (Malterud, 2017, s.134). Vi valgte videre å utføre et semistrukturert intervju som gir mulighet for å revidere spørsmål og endre rekkefølge underveis. Dette ut ifra hva vi lærer og får inntrykk av underveis, slik vi kan tilpasse oss ved at strukturen blir løsere (Christoffersen mfl., 2015, s.75).

Da vi utarbeidet intervjuguiden delte vi den inn i et pre-intervju og hoved-intervju. Før intervjuet startet ga vi informantene spørsmålene i skriftlig format. Pre-intervjuet hadde fokus på å få grunnleggende informasjon ved enkle spørsmål som gikk på alder, utdanningsforløp og hvor lenge de

hadde arbeidet ved arbeidsplassen. Ved å stille spørsmål som er enkle å svare på, kan man lettere danne en positiv relasjon og et tillitsforhold mellom forskere og informanter (Christoffersen mfl., 2015, s.76; Dalland 2017, s.78). Hoveddelen består av både åpne og mer spesifikke spørsmål for å treffe problemstillingen og holde den røde tråden gjennom hele forløpet av intervjuet.

3.3. Gjennomføring av fokusgruppeintervju

Etter dialog på e-post med den aktuelle sykehjeminstitusjonen fikk vi avtalt et tidspunkt og gjennomførte intervjuet i januar 2020. Det var satt av 60 minutter for gjennomføring, men utførelsen tok totalt 45 minutter. Ressurspersonen satt av tid før vaktskiftet, for at informantene ikke skulle bli forstyrret av andre gjøremål i arbeidstiden. De fikk velge hvor intervjuet skulle foregå, da trygge rammer kan bidra til en avslappet atmosfære (Christoffersen mfl., 2015, s.84). Vi ble vist inn på et møterom utenfor avdelingene.

Vi startet ved å hilse på informantene og ønsket de velkommen. Vi presenterte oss selv og hensikten med prosjektet. Informantene fikk lese gjennom informasjonsskriv og skrive under på at vi fikk bruke datainnsamlingen fra intervjuet til studien. I informasjonsskrivet står det om prosjektet. Det beskrives hva vi ønsker å gjøre med datamaterialet, at vi ønsker å ta i bruk lydopptak for så å transkribere og analysere. Vi garanterer anonymitet og at datamaterialet slettes når prosjektet er avsluttet. Videre står det at enhver informant har rett til å avslutte intervjuet og trekke seg på et hvilket som helst tidspunkt både under og i etterkant av intervjuet. Dette kan informantene gjøre uten begrunnelse. Etter informantene har lest gjennom og signert for samtykke, får de også informasjonen muntlig. Dalland (2017, s.85) mener lydopptak er et godt hjelpemiddel, da vi får med alt som blir sagt og fanger opp nyanser i stemmeleie og språk. Informantene fikk et eksemplar hver av skrivet, da det også står kontaktinformasjon de kan kontakte oss på. Vi informerte også at vi ønsket at informantene kunne reflektere seg imellom og forklarte at det var ønskelig med lange og detaljert svar, noe også Christoffersen mfl. (2015, s.84) hevder er hensiktsmessig å gjøre.

Vi forsøkte å stille spørsmålene i rekkefølge til å begynne med, men det ble etterhvert mer hensiktsmessig å ta spørsmålene etter hvilke situasjoner informantene kom med. Dette fordi informantene var engasjerte, og at de kom naturlig over på andre spørsmål vi hadde i intervjuguiden. Vi var aktive med oppmuntrende utsagn og kom med

oppfølgingsspørsmål da dette kan gi mer detaljert data (Christoffersen mfl., 2015, s.84), når det var noe vi ønsket å vite mer om.

Mot slutten rundet vi av ved å stille alt-tatt-i-betraknings-spørsmål og avslutningsspørsmål. Dette er hensiktsmessig for å gi mulighet til at informantene kan komme med sammenfattende kommentarer og sikre at viktige poeng ikke blir oversett (Christoffersen mfl., 2015, s.78). Vi avsluttet med å takke for at informantene stilte til intervju.

3.4. Dataanalyse

Vi valgte å transkribere først. Transkripsjonen skal mest mulig ivareta det opprinnelige materialet, slik informantenes erfaringer og meninger blir formidlet og oppfattet under datainnsamlingen (Malterud, 2017, s.77). Vi la derfor inn lydfilene inn på datamaskin, og transkriberte ordrett hva som ble sagt fra start til slutt i fokusgruppeintervjuet. Ved transkribering valgte vi med hensikt å skrive på bokmål for å anonymisere informantene.

3.4.1. De fire trinn

For å kunne forstå intervjuet på et dypere plan ønsket vi å analysere meningsinnholdet fra intervjuet. Dette gjorde vi ved å gå gjennom intervjuet fra del til del. Både Evens (2012) og Malterud (2017) har delt analyse inn i flere hovedtrinn. Sistnevnte deler de i følgende; helhetsinntrykk, meningsbærende enheter, kondensering og sammenfatning. Ved å ha en trinnvis strategi gjør arbeidet enklere å håndtere (Malterud,2017, ss.98-99), noe vi ønsket å benytte oss av.

3.4.1.1. Helhetsinntrykk

I første analysetrinn er det om å gjøre å bli kjent med datainnsamlingen ved å få et helhetsbilde. Når man ser helheten er det hensiktsmessig å oppsummere inntrykkene man har gjort seg og vurdere mulige hovedtemaer (Malterud, 2017, s.99). Da vi var ferdig å transkribere, leste vi over flere ganger hver, for å skape vårt eget inntrykk. Vi bestemte oss for å sette datamaterialet inn i en matrise og utførte en meningsfortetting. Ved å utføre meningsfortettingen kommer meningene tydeligere frem (Christoffersen mfl.,2015, s.124). Dette gjorde vi ved å forkorte informantenes utsagn og ta vekk unødvendige ord og setninger. Ved hjelp av denne matrisen, ble datamaterialet mer oversiktlig til å begynne på neste fase.

3.4.1.2. Meningsbærende enheter og kondensering

Det andre analysetrinnet går ut på å gå gjennom datamaterialet for å identifisere meningsbærende enheter, som gir informasjon og kunnskap som er relevant for den valgte problemstilling. For å finne de meningsbærende enhetene, tok vi i bruk verktøyet koding. Dette verktøyet bidrar til å avdekke og organisere materialet slik det blir bedre flyt i analyseringen (Christoffersen mfl., 2015, s.124; Malterud, 2017, s.100). Det tredje analysetrinnet omhandler å kondensere teksten ved å ta utgangspunkt i kodingen. Kodene settes i temaer (Christoffersen mfl., 2015, s.126), og dette skaper en flyt mellom disse to trinnene. Vi leser med nøyshet gjennom materialet og valgte ut nøkkelord. Nøkkelordene ble som følger; bruk av brukermedvirkning i arbeidshverdagen, dokumentasjon, fagutvikling og utfordringer i avdelingen.

3.4.1.3. Sammenfatning

Det siste analysetrinnet går ut på å vurdere det nåværende datamaterialet for å sikre at beskrivelsene vi har arbeidet med samsvarer det opprinnelige datamaterialet (Christoffersen mfl., 2015, s.127). Dette gjorde vi ved å reflektere og gå gjennom prosessen steg for steg for å se om kodeord og temaer var i tråd med hverandre og det opprinnelige datamaterialet.

Transkribert tekst	Kondensert tekst (uten å tolke/skrive om)	Subkategori	Kategori/Tema
<p>S0: Og det at vi kan være veldig raske på og dra med alle på de samme tingene...Samme maten...Samme.. Alle skal ut å sånn..Alle skal opp tidlig.. eller alle skal delta på sosiale arrangementer...fordi vi tenker det er det beste for de.. Får vi det nedskrevet og vet at dem faktisk ikke liker det eller sånne ting.. det er ganske viktig å vite slike ting, for dem også. kanskje de ikke vil spise kveldsmat da, kanskje dei vil ha det litt seinere enn dei er vant til...at det vi ikke skjære alle under en kam på alt da..</p> <p>S1 og S2: mhm, ja.mhhhm. ja (virker enige)</p>	<p>Får vi det nedskrevet og vet at dem faktisk ikke liker det, er det veldig viktig å vite slike ting. For dem også.</p>	Dokumentasjon	Kontinuitet
<p>S2: Ja, bare det at noen altså..en av pasientene sier at: "jeg ikke vil at dere skal snakke så høyt når dere er inne på rommet mitt"..Altså disse tingene her som vi kanskje ikke tenker over i det daglige, men som er viktig for pasienten.</p>	<p>Disse tingene som vi kanskje ikke tenker over i det daglige, men som er viktig for pasienten</p>	Bevisstgjøring	Kunnskap

Eksempel fra analyse.

3.5. Etisk begrunnelse

Etiske problemstillinger kan oppstå i en kvalitativ metode hvor det gjennomføres et fokusgruppeintervju. Vi har tatt hensyn til dette ved å ta

oppdraget vårt gjennom Norsk senter for forskningsdata AS. NSD (u.d) er personvernombud som jobber for å sikre tilgang til forskningsdata og forbedre mulighetene for empirisk forskning. Studien har meldeplikt, da vi må behandle personopplysninger underveis i studien (Dalland, 2017, s.137). Ved å sende søknad om grunnlag og fremgangsmåte, samsvarer behandlingen av personopplysninger i henhold til personvernregelverket. Når prosjektet er avsluttet vil NSD kontrollere at personopplysningene er ferdig behandlet.

4. Resultat

I denne delen av studien vil vi presentere hvilke funn vi kom frem til i analysen og disse vil være med på å belyse problemstillingen vi har valgt. Vi kom frem til disse fire følgende hovedtemaene; bruk av brukermedvirkning, dokumentasjon, fagutvikling og utfordringer i avdelingen.

4.1. Bruk av brukermedvirkning i arbeidshverdagen

Vi åpnet intervjuet med å la deltakerne få presentere egne synspunkt og meninger rundt hva brukermedvirkning betyr og innebærer. Det var en samlet enighet om at brukermedvirkning omhandler at pasientene skal få være medbestemmende i hverdagen, men den ene sykepleieren la til følgende; «Det er vi som skal tilpasse oss dem og ikke omvendt. Vi skal høre på deres ønsker og behov ut ifra det som de er vant med og så langt det lar seg gjøre.»

Informantene fortalte videre at de hvert år markerer "hva er viktig for deg"-dagen. Dette både ved å bruke pins med teksten "hva er viktig for deg" og at de ansatte reflekterer om temaet brukermedvirkning på morgenmøte denne dagen.

Det var stor enighet i gruppen om at tid *ikke* er en utfordring for å sette fokus på brukermedvirkning i arbeidshverdagen. Den ene sykepleieren begrunnet dette med at de faktiske behov og ønsker pasientene har, som regel lar seg gjennomføre og er lite ressurskrevende. Hun presiserte at ønskene kan variere mellom det å ha helsen i behold, som anses å være et relativt dypt og stort behov, til at noen ikke ønsker at de ansatte skal snakke så høyt når de er på pasientens rom. «Det er disse tingene som vi kanskje ikke tenker over i det daglige, men som er viktig for pasienten» sier hun. Likevel forteller utvalget om situasjoner der pasientene og/eller pårørendes krav til for eksempel aktivitet eller pleie ikke alltid er gjennomførbart av ulike grunner. Her forsøker de å formidle dette på en

god måte slik at pasientene og/eller pårørende forstår hvorfor det ikke lar seg gjøre.

4.1.1. Ansvar, kollegaskap og erfaring

Den ene sykepleieren i utvalget legger fokus på at sykehjemmet faktisk er hjemmet for pasientene. Hun presiserer også at som ansatt har man et stort ansvar og makt i forhold til hvordan hverdagen kan formes. Informantene legger vekt på at det er pasientenes premisser og behov, og respekten for nettopp denne medbestemmelsen som er viktig.

En annen i utvalget, som er helsefagarbeider, legger til;

Vi kan være veldig raske på og dra med alle på de samme tingene, samme maten, alle skal ut, alle skal opp tidlig, eller alle skal delta på sosiale arrangementer, fordi vi tenker det er det beste for dem. Det handler om at vi ikke skjærer alle under en kam.

Informantene gir uttrykk for at de mener at pasientene som bor på sykehjemmet skal få mulighet til å bestemme mest mulig over sitt eget liv, innenfor de rammene sykehjemmet har.

Utvalget som ble intervjuet var enige om at avdelingene er preget av godt kollegaskap og at det var lagt stor vekt på pasientens mulighet for medbestemmelse i arbeidshverdagen. Den ene sykepleieren, som for øvrig er avdelingsleder, mente at fokus på brukermedvirkning i avdelingen er en form for kultur. Den andre sykepleieren hadde en formening om at godt kollegaskap og trivsel blant de ansatte er en stor bidragsyter til at de faktisk klarer å ha så stort fokus på brukermedvirkning som de har.

4.1.2. Samarbeid og involvering av pårørende

Gjentakende fra de tre i utvalget, var at pårørende er en viktig gruppe for pasientene som bor på sykehjem. Videre beskriver den ene informanten at pasientrettet arbeid også innebærer det å ivareta pårørende. Med fokus på brukermedvirkning, mente vedkommende at involvering av pårørende ofte er noe som blir gjort når pasienten selv ikke kan gjøre rede for seg eller forstå betydningen av valg som skal tas. På den måten er pårørende hjelpelig i prosessen og blir involvert. En av sykepleierne opplever også at pårørende har stor positivitet og engasjement rundt "hva er viktig for deg-dagen". De pårørende hadde gitt uttrykk for at de la merke til denne dagen fordi de ansatte bruker pins. Hun beskriver videre at hun har fått

tilbakemeldinger fra pårørende at de ikke var klar over at ansatte brydde seg så mye om pasientenes hverdag.

For noen av pasientene, kunne det som var viktig for dem være at pårørende hadde det bra. De ansatte anså å ivareta og involvere pårørende i pasientforløpet som et ansvar de har. Helsefagarbeideren sier også;

For pårørende kan det være viktig at de opplever at pasientene har det godt, trygt og har fått den behandlingen og det verdige livet de skal ha. Det å miste en av sine egne, det er denne helheten og ivaretakelsen av både pasienten og pårørende som er så viktig for tiden til pårørende i ettertid. Derfor er dette et stort fokus, både før og enda mer nå og fremover.

Funnene viser slik sett at brukermedvirkning er viktig for både pasient og pårørende.

4.2. Dokumentasjon

Utvalget presenterte dokumentasjon som et godt tiltak for å ivareta ønsker og behov pasientene hadde, og medførte at det ble opprettholdt en viss kontinuitet rundt tiltakene som ble iverksatt. Helsefagarbeideren sier at en pasient hadde forklart henne følgende; «dere spør jo meg så ofte om denne maten. Dere maser litt ofte om denne maten, kan vi ikke bare bli enige om at jeg faktisk sier ifra når jeg vil ha mat.» Ved å dokumentere hendelsen, fikk alle ansatte tak i denne informasjonen og maset rundt mat til pasienten avtok i henhold til dette, forklarte helsefagarbeideren.

4.3. Fagutvikling

4.3.1. Kartleggingsverktøy

En av informantene gjentar at de har stort fokus på brukermedvirkning og at allerede ved innkomst blir det foretatt en avklaringsamtale sammen med pasienten. Dersom det ønskes av pasienten kan nærmeste pårørende være tilstede. Sykepleieren sier nærmere at de spør konkret "hva er viktig for deg" og dette er med på å legge foringen for oppholdet allerede ved innkomst.

Den ene sykepleieren presenterer også et verktøy som de benytter seg av på avdelingene. Verktøyet var et laminert ark med «tankeboble» i midten

hvor det stod "hva er viktig for deg?" med mulighet til å skrive stikkord rundt boblen. Sykepleieren uttaler «vi spør pasienten og eventuelt pårørende om pasienten ikke kan svare skikkelig på det selv, (...) og henger dette arket opp på rommet.» Dette ble gjort for å synliggjøre mål og ønsker for pasienten selv, ikke minst til at det jobbes kontinuerlig for å tilfredsstille disse.

4.4. Utfordringen i avdelingen

De tre ansatte var enige i at hverken tid eller ressurser i seg selv bidro til utfordringer for gjennomførelse av brukermedvirkning på sykehjemmet. Likevel oppsto situasjoner som gjør at brukermedvirkning i større eller mindre grad gjør det utfordrende å fylle pasientens ønsker og behov.

Det første helsefagarbeideren la vekt på, var i de situasjonene der pasientens ønsker og behov ikke samsvarte med hva pårørende mente. Informantene presenterte da viktigheten av å belyse en felles forståelse på hva som er viktig, der pasientens stemme er fokus. Den ene sykepleieren supplerte her med viktigheten av at det ble en felles forståelse av pasientens helsetilstand på sykehjemmet. Hun ga uttrykk for at langs med utvikling av sykdom endrer pasientenes ønsker og behov seg. Sykepleieren antok at dette var noe pårørende ikke lett la merke til og at pårørende ofte kunne se pasientenes behov som like i forhold til tidligere i livet.

Videre oppfattet sykepleieren at holdninger kan være bakgrunnen for utfordringer knyttet til brukermedvirkning.

Når du har jobbet over lang tid, kan ting lett bli rutine slik at vi tenker av og til at vi vet best. Men det er det å ha det i bakhodet; at pasientens ønsker og behov skal ivaretas så langt det lar seg gjøre. Det er denne bevisstgjøringen og holdningsviten vi må jobbe med hele tiden.

4.4.1. Ulike faggrupper- å nå ut til alle

Informantene beskriver en arbeidshverdag preget av ulike faggrupper i arbeid til ulike tider, der nesten aldri det samme arbeidsteamet er på jobb samtidig. «Det er 24 timer i døgnet, 7 dager i uken, 365 dager i året. Det vil alltid være nye team som jobber sammen.» Utfordringen fra deres side knyttet til brukermedvirkning ligger i å nå ut til alle de ulike faggruppene og til alle ansatte med en felles forståelse for hvordan brukermedvirkning skal utøves.

4.4.2. Kontrollbehov og makt

Informantene belyste utfordringer som kom på bakgrunn av det kontrollbehovet helsepersonell kan ha og den makten som kan forme pasientenes hverdag. Helsefagarbeideren belyste en situasjon;

Det er en som ikke vil bli forstyrret på natten. Pasienten ble så redd og ville ikke forstyrres på nattetid. Han lå med sengehest oppe og kunne ikke ramle. Likevel begynte vi ansatte; ja men tenk hvis og hva om pasienten døde kl. 01. Skal han bare ligge til kl. 07 på morgenen? Det ble tatt opp med pårørende og de svarte: om det er det pasienten ønsker, gjør det noe om han blir liggende der? Hvorfor skal pasienten bli redd tre ganger fordi en forstyrrer. Så ja, hva gjør det om pasienten ligger død i fire timer da? Og heller får fred hver eneste natt.

Hun omtalte hendelsen som vanskelig og det ble et dilemma for de ansatte. Helsepersonellet ville sjekke at alt var som det skulle med pasienten fordi de hadde en ansvarsfølelse og behov for å ha kontroll, men samtidig ville de respektere pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen.

Videre supplerte den ene sykepleieren; «Vi føler at vi ikke gjør en god nok jobb hvis vi ikke tar de tilsynene.»

Helsefagarbeideren belyste videre at hverdagen til pasientene kan bli formet av de ansatte, og sier at de ansatte; «har så stor makt over beboerne og pårørende, at det er skremmende.» I det legger hun at beboernes opplevelse av hverdagen kan være god eller vond, helt ut fra hvordan de ansatte former den og hvem som er på vakt. Det samme gjelder pårørende. Informantene beskriver at også pårørendes opplevelse av å være på besøk med sine nærmeste kan formes ut fra hvordan de ansatte møter dem. Her fremkommer eksempler der de ansatte får pårørende til å føle seg velkommen, men også situasjoner der pårørende kan bli avspist og ikke lyttet til om deres egne.

5. Diskusjon

I dette kapittelet vil vi drøfte analyseresultatene opp mot relevant teori og forskning. Vi starter med bruk av brukermedvirkning i arbeidshverdagen,

deretter dokumentasjon, fagutvikling og utfordringene i avdelingen. Til slutt presenterer vi metodediskusjon.

5.1. Bruk av brukermedvirkning i arbeidshverdagen

Ranhoff, Volltrath & Skirbekk (2019) hevder at 80 prosent av beboerne ved sykehjem i Norge, har demenssykdom. Mange i denne pasientgruppen kan oppleve å ikke forstå omfang og begrunnelse for helsetjenester som blir gitt og hva et samtykke vil innebære. På bakgrunn av dette blir mange av pasientene fratatt samtykkekompetansen. Dette vil være en stor utfordring på sykehjemmene og særlig ha innvirkning på hvordan brukermedvirkningen ivaretas. Likevel er det viktig å presisere at autonomiprinsippet gjelder i like stor grad for denne pasientgruppen som for andre. Pasienter med demens kan fortsatt ha følelser og meninger om situasjoner i hverdagen. Bevissthet og høy kunnskap om demens blant de ansatte blir derfor veldig viktig for å få en nødvendig forståelse av pasientenes funksjonsnivå og utfordringer (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 408).

Et interessant funn i studien omhandler informantenes utdanning. De tre informantene har alle utdanning, men av ulik grad. Utdanning kan, ifølge Norheim & Vinsnes (2012, s.44), være avgjørende for å kunne forstå samspillet mellom de separate delene og helheten i pasientens omsorgsbehov. De belyser her at det kan oppstå ulikheter i omsorgen som gis, dersom utdannelsesgrunnlaget er forskjellig. Dette er også noe som fremkommer av Malmedal, Ingebrigtsen & Savemann (2009, s. 240), som peker på at helsepersonell med høyere utdanning oftere observerer utilstrekkelig omsorg i avdelingen. Dette antar vi også kan spille inn på ivaretagelsen av brukermedvirkning. Av dette antar vi derfor at også brukermedvirkning på dette sykehjemmet blir tolket, utført og reflektert over på forskjellige måter, både på bakgrunn av utdanning og personlighet. Når man trer inn i rollen som sykepleier, stilles det krav til at vedkommende ser hele pasienten. Ofte kan fokuset bare være på det som er patogent, fremfor det som faktisk fungerer. Aaron Antonovsky hadde stort fokus på nettopp dette (Antonovsky, 2012, s. 35). I møte med pasienter kan man på mange måter si at det skal fokuseres på pasientenes ressurser fremfor begrensninger. På denne måten vil arbeidet med bruk av brukermedvirkning, gjort på bakgrunn av en salutogen tilnærming.

I tillegg til ulik utdanning, hadde også informantene varierende arbeidserfaring. Umiddelbart styrker dette teorien vi har om at de ansatte

har varierende oppfatning på hva brukermedvirkning er. De med lang arbeidserfaring kan ha jobbet med brukermedvirkning på en annen måte enn det gjøres per dags dato. Brukermedvirkning handler om at pasienten er medbestemmende i avgjørelser tatt rundt egen hverdag og behandlingsforløp (Askheim, 2017). Denne beskrivelsen fremkom også når informantene skulle fortelle hva de mente brukermedvirkning gikk ut på. De hadde også erfaringer med at "hva er viktig for deg"- dagen hadde blitt markert på sykehjemmet hvert år i juni. Videre presiserer den ene sykepleieren i utvalget at dette ikke er noe de har fokus på bare denne ene dagen, men faktisk hele året. Hun omtaler brukermedvirkning som en viktig brikke i arbeidshverdagen der prosessen kan beskrives som kontinuerlig. Et sentralt funn i studien er altså at informantene har erfaring med at brukermedvirkning gjøres hver dag, hele året. Erfaringen informantene har er samsvarende med innholdet i pasientrettighetsloven (1999, § 3-1), som går på pasientens rett til medvirkning.

I Norheim & Vinsnes' (2012, s. 45) studie vektla informantene at de ikke hadde god nok tid til å gi omsorg av god kvalitet og at de av den grunn måtte prioritere hvilke oppgaver som skulle bli gjort. Vi kan anta at brukermedvirkning er en av de oppgavene som ikke blir tilstrekkelig ivaretatt når tiden ikke strekker til. På den andre siden hevder informantene til denne studien at tid ikke var en utfordring. Den ene sykepleierens erfaring var at pasientene ønsker og behov ikke var urimelig i forhold til sykehjemmets tid og ressurser. Det er interessant å se to vidt forskjellige funn innenfor samme tema. Hva kan være årsaken til dette? Orvik (2015, s. 17) presenterer at en av sykepleierens rolle omhandler å strukturere og organisere egen arbeidsdag. I dette ligger det å planlegge den tiden en har tilgjengelig i forhold til forutsette oppgaver. Ut fra hva vi kan bedømme, kan en anta at deltakerne i studien hadde disse egenskapene og at dette kan være begrunnelse for hvorfor de anser tid som uproblematisk. En annen muligens innvirkende årsak kan være at sykehjemmet har en god ledelse som legger til rette for brukermedvirkning i arbeidshverdagen. Dette innebærer at de ansatte har det som kalles systemkunnskap (Veiviseren- for bolig- og tjenesteområdet 2020).

Et funn som fremkommer er at de ansatte erfarer å ha et stort ansvar og makt i forhold til hvordan hverdagen til pasientene formes. Den ene sykepleieren erfarer at det er pasientenes premisser og behov som prioriteres, og at de skal respektere pasientens medbestemmelse uansett hvor de er i livet. Kanskje det de egentlig snakker om her, er holdninger.

De ansatte her er bevisst på sin makt og har gode holdninger til å ivareta pasientenes ønsker. Nortvedt (2016, s. 58) presenterer holdning som summen av alle handlingene vi gjør. Med et sykepleiefaglig fokus, kan en god holdning videre beskrives som en viktig faktor for at sykepleien som gis er av god kvalitet. Etter hva Forskrift for sykehjem § 4-4 (2013) belyser, er brukermedvirkning også noe som er høyt vektlagt på sykehjem. Videre forklarer Braut (2017) at et sykehjem ofte blir sett på som pasientens siste bosted og vektlegger at pleien pasientene har behov for på et sykehjem er for omfattende til å gjennomføre i pasientens egen bolig, men samtidig for lite omfattende til å gjøres på et sykehus. Dette gir oss et innblikk i at pasientgruppen på et sykehjem kan være sammensatt, men at de fleste har et tap av daglige funksjoner og/eller trenger bistand til å ivareta egne grunnleggende behov. Det at denne pasientgruppen får være medbestemmende i å forme egen hverdag i siste prosess av livet vil være med på å gjøre de siste leveårene verdige.

Et annet funn i studien viser at de ansatte på sykehjemmet kan være raske med å dra alle pasientene med på samme aktiviteter. Dette hevder helsefagarbeideren omfatter sosiale arrangement, hva de skal spise og når på døgnet de skal våkne og legge seg. På bakgrunn av dette utsagnet, antar vi at pasientene derfor ikke alltid opplever å være en aktiv deltager i egen hverdag. Dette kan for noen oppleves som umyndiggjøring og motstrider hvordan Stubberud (2019, s.32) beskriver empowerment. Han forklarer empowerment som en prosess der pasienten blir myndiggjort og opplever å ha kontroll over eget liv. Dette på bakgrunn av at pasienten får være medvirkende i valg som tas. En annen bakgrunn for at det blir tatt beslutninger på pasientens vegne kan ligge i hvordan personalet oppfatter pasientenes væremåte. I dette ligger for eksempel at enkelte ikke viser interesse for å medvirke i valg som tas. Noen kan trenge mye motivasjon og drahjelp for å kunne komme frem til beslutninger. Dette er noe også Norheim & Vinsnes (2012, s.43) vektlegger i sin studie. Innenfor faglitteraturen handler det om autonomi. Dette ved at helsepersonellet ut fra autonomiprinsippet respekterer pasientens selvstendige beslutning, og at pasienten selv tar egne valg i henhold til hva pasienten ønsker og står for (Nortvedt, 2016, s. 98; s.136).

Norheim & Vinsnes (2012, s.44) presenterer tverrfaglig samarbeid som en sentral faktor i pasientsentrert omsorg. Videre vektlegger de at ansatte i en avdeling trenger å samarbeide for å gi kontinuitet i omsorgen, som skal samsvare med pasientens behov. Informantene erfarer at godt kollegaskap gir grunnlag til stort fokus på brukermedvirkning i

arbeidshverdagen. Videre vektlegger de at gjennom godt arbeidsmiljø og samarbeid, får beboerne det også bra. Ifølge Orvik (2015, s. 22) vil kompetanse oppstå når kunnskap og erfaring deles med andre, og peker på at å arbeide er å samarbeide. Med fokus på brukermedvirkning på sykehjem, er det nettopp kunnskap om det organisatoriske samt kliniske som kan være med på å bidra til at pasientene får være medvirkende i valg som tas.

Et sentralt og viktig funn i studien vektlegger pårørende som en viktig gruppe for pasientene som bor på sykehjem. De ansatte beskriver at de involverer pårørende i de situasjonene der pasienten selv ikke kan gjøre rede for seg eller forstår betydningen av valg som skal tas. De erfarer altså at samarbeid og involvering av pårørende er en viktig del av ivaretagelse av pasientens brukermedvirkning. Dette er i tråd med hva pasientrettighetsloven (1999, §4-6) hevder må ivaretas. Informantene beskriver også pårørende som overrasket over de ansattes engasjement rundt "hva er viktig for deg"-dagen. Pårørende observerer de ansatte med pins og har blitt positivt overrasket over at de ansatte går på individuelt nivå for å finne ut hva som er viktig for hver enkel pasient. Med andre ord, sier pårørende her at de ikke visste at pasientenes brukermedvirkning blir ivaretatt på individnivå på et sykehjem? Helsedirektoratet (2017) beskriver brukermedvirkning som en lovpålagt rettighet. Når "hva er viktig for deg"-dagen gir slik oppmerksomhet som pårørende beskriver her og skaper engasjement rundt brukermedvirkning, kan en anta at Kommunens sentralforbund og Folkehelseinstituttet har oppnådd å sette fokus på nettopp brukermedvirkning ved hjelp av denne markeringen.

5.2. Dokumentasjon

I studien vår er et av funnene at dokumentasjon er nødvendig for å ivareta ønsker og behov pasienten har. Informantene erfarte at dette førte til kontinuitet både for pasienten og personalet, da pasientens ønsker ble nedskrevet. Dette er i tråd med hva Helsepersonelloven (1999, §39-40) forklarer, om at helsepersonell er pliktig til å dokumentere i journal som skal inneholde nødvendige opplysninger om pasienten og tjenestene pasienten har fått utført. Erfaringen med at dokumentasjon kan bidra til mer kontinuitet i pasientenes medbestemmelser og bidra til økt bevisstgjøring for personalet som er på vakt. På den måten kan pasientens ønsker bli ivaretatt kontinuerlig.

5.3. Fagutvikling

Informantene hadde erfaring med å bruke kartleggingsverktøy i arbeidet med brukermedvirkning. Dette gjorde de allerede ved pasientens innkomst og etter dette kontinuerlig. De synliggjorde resultatet på pasientens rom. Folkehelseinstituttet (u.d) belyser at bruk av kartleggingsverktøy kan bidra til å optimalisere pasientforløpet og danner et utgangspunkt for tildeling av tjenester til pasienten. Informantene brukte altså kartleggingsverktøy rutinemessig. Rutiner bidrar til at pasientene får en forutsigbar og trygg hverdag, fremfor at det blir overlatt til tilfeldighetene (Hauevik & Eckhoff, 2020). I tillegg til å være en rutine, er verktøyet også en ressurs for å sette mål og bidrar til å utvikle rett tiltak for å nå disse målene. Bruk av kartleggingsverktøyet kan også være med på bevisstgjøring for personalet, men også for pasienten som kan se dette bildet. Det blir en kontinuerlig prosess. Det som kan være interessant å se på, er at personalet erfarer å ha stort fokus på brukermedvirkning, henge kartleggingsverktøy synlig på pasientrommet, mens pårørende ikke hadde kunnskap om at dette var tilfelle før de observerte personalet med pins på "hva er viktig for deg"-dagen. Vi tenker at dette kan komme av at kartleggingsverktøyet ikke blir lagt merke til av pårørende fordi det virker ukjent for dem.

5.4. utfordringer i avdelingen

Selv om informantene erfarer at pårørende er en viktig ressurs i pasientenes brukermedvirkning, er også pårørende sett på som en utfordring i avdelingen. De ansatte har erfaring med at det kan oppstå uenigheter mellom hva pasienten ønsker og hva pårørende ønsker. Det er noe som også fremkommer som et sentralt funn i Norheim & Vinsnes (2012, s. 44) sin studie. Som helsepersonell ser de ansatte pasienten 24 timer i døgnet. De ser utfordringene pasienten står ovenfor, kanskje særlig der omsorgsbehovet er størst. Dette bidrar at pasientens ønsker og behov endrer seg i forhold til tidligere i livet. For eksempel dersom pasienten ikke mestrer tannpuss eller måltidsituasjoner, kan dette være noe han ønsker å få bistand til eller ha særskilte ønske rundt. Som pårørende ser ikke de alle disse situasjonene, gjerne er de på besøk når pasienten er på sitt "beste". Forståelsen pårørende har for pasientens hele situasjon kan derfor være svekket og føre til at det blir uenighet rundt de ønsker og behov pasienten uttrykker. Men hva handler dette egentlig om? Denne utfordringen kan oppstå på bakgrunn av at pårørende ikke har tatt inn over seg at pasienten er svekket og kanskje på sine siste leveår. Eide & Eide (2017, s. 77) forklarer sorg som en normalreaksjon etter tap. Følelsen av sorg kan være utfordrende og vanskelig å slippe til,

noe som medfører at mange opplever negative tanker i tiden før man godtar tapet og sorgen. Pårørende ser kanskje pasienten med samme øyne som da vedkommende bodde hjemme. Utfordringen oppstår gjerne når pårørende forventer at pasienten skal klare de samme tingene som tidligere, noe som nødvendigvis ikke lenger er realistisk. Selv om pårørende er en viktig stemme, er det viktig å skille mellom om pasienten er samtykkekompetent eller ikke. Pasientens stemme er først og fremst det de ansatte skal følge. Pasientrettighetsloven (2001, §4-6) belyser at dersom pasienten ikke er samtykkekompetent, kan pårørendes bistå som stemme for pasienten. Involvering av pårørende vil altså være aktuelt i de tilfeller der pasientene ikke er samtykkekompetente. Dette kan gjøres ved at pårørende får spørsmålet hva er viktig for deg, med pasientenes øyner. Det kan bli en utfordring dersom pårørende krever slik involvering også når pasienten er samtykkekompetent. I ytterste konsekvens kan dette bidra til at sykehjemmet skal ha omsorg for pårørende, for pårørendes del. Pasient og pårørende blir som en helhet og fokuset går fra å være pasientsentrert- til familiesentrertomsorg. Vi velger her å belyse temaet, men går ikke nærmere inn på dette i denne oppgaven.

Et annet sentralt funn i studien, er at informantene mente at holdninger kan være en utfordring for å ivareta brukermedvirkning. De erfarer at med lang arbeidserfaring kan arbeidsdagen bli til en rutine og det er lett å tenke at "vi vet best". Informantene mener selv at de er bevisste på at det er pasientens ønsker som står i fokus og jobber med holdningene hele tiden. Norheim & Vinsnes (2012, s. 45) peker på at å øke kunnskap vil være med på å endre holdninger, som igjen kan forbedre kvaliteten på omsorgen. Veiviseren- for bolig- og tjenesteområdet (2020) hevder at relevant utdanning og solid erfaring er et godt utgangspunkt for å kunne gi gode tjenester. Lang erfaring er viktig og kan bidra til mye kunnskap, men det er hele tiden viktig å være bevisst på holdningen. Lang erfaring er ikke nødvendigvis synonymt med å vite best, selv om man har jobbet lenge med pasientrettet omsorg (Orvik, 2015, s. 17). I dette, ligger det også å ha gode holdninger til brukerne som en arbeider med, og at både holdning og praksis er bevisst fokusert på brukermedvirkning.

5.4.1. Betydning av ledelse

Veiviseren- for bolig- og tjenesteområdet (2020) beskriver en god ledelse som nødvendig for at det er riktig kompetanse på rett plass og at informasjon er lett tilgjengelig. Informantene har erfaring med at det kan være krevende å nå ut til alle ansatte. Tross alt er det mange ulike profesjoner, ulike arbeidsteam som jobber sammen og institusjonen er

døgnbemannet. Det vi kan lese av denne utfordringen med fokus på brukermedvirkning, er at kvaliteten på pasientenes mulighet til å være medbestemmende kan variere fra vakt til vakt- helt avhengig av hvilket personell som har vakt. De ulike profesjonene ser pasienten med ulike øyner, basert på kompetanse og utdanning. Det mest optimale hadde vært om ledelsen hadde dyrket frem en felles forståelse i hvordan å jobbe med brukermedvirkning, slik at pasientene får kontinuitet og lik mulighet for medbestemmelse uavhengig hvem som er på vakt. Kanskje handler dette om fagutvikling og utfordringen er hvordan en jobber med det for å nå ut til alle ansatte.

5.4.2. Det etiske dilemmaet

Informantene i studien hadde erfaringer med at pasientenes ønsker ikke alltid var samsvarende med hva arbeidsoppgavene tillatte. Et eksempel på dette var en pasient som ikke ønsket tilsyn på natten. Informantene følte at de ikke gjorde en god nok jobb hvis de ikke tok tilsynene. På den andre siden ønsket ikke pasienten tilsyn fordi vedkommende våknet og ble redd av forstyrrelsene. De ansatte tilså pasienten på nattestid, selv om pasienten hadde uttrykt at dette var noe vedkommende ikke ønsket. Til diskusjon og refleksjon spør vi; hvem gjør helsepersonellet dette for? I høyest sannsynlighet er det for dem selv? Det vi fant ut her, var at det ansvaret og den rollen helsepersonell har var vanskelig å sette til side når det sto i strid med hva pasienten ønsket. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere i punkt 2 står det "Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp og retten til å være medbestemmende". Utfordringen de ansatte erfarte handler om ansvarliggjøring i forhold til den rollen de har påtatt seg som helsepersonell. Likevel peker yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere på at pasienten skal ha rett til å kunne bestemme selv. Malmedal, Ingebrigsten & Saveman (2009, s. 239) beskriver et funn i sin studie som belyser hvordan ansatte erfarte at pasientene ikke fikk privatliv og personvern ble ignorert. Dette er et eksempel på et etisk dilemma der pasientens autonomi står mot helsepersonellens plikt til å hjelpe. Et etisk dilemma ses på som en situasjon der det ikke er noen klare løsninger som umiddelbart oppfattes som det rette valget. Løsningen er preget av to eller flere alternativer, der begge eller alle alternativene er uønsket eller kan medføre uønskede konsekvenser (Nordtvedt, 2016, s.125).

Dette var et eksempel på et etiske dilemma, men etiske dilemmaer oppstår nok i store mengder på sykehjemmene, gjerne hver dag.

Utfordringen ligger i hvordan dilemmaene behandles i avdelingen. Ifølge Stubberud (2018, s. 96) kan bruk av refleksjonsgrupper, metodebøker og e-læringsverktøy være gode alternativer til å fremme etisk refleksjon rundt helsehjelpen som utføres. Kepple, Hauff & Bergem (2019) gjennomførte en 4-årig studie der de fokuserte på effekten av refleksjonsgrupper på sykehjem. Konklusjonen av forskningen samsvarer med det Stubberud (2018, s. 96) viser til. Om ikke alle deltar i refleksjonen skal det skrives referat slik at alle ser begrunnelsen for hva som er handlingsalternativene. Ved å bruke slike refleksjonsgrupper brukes SME-modellen, som ifølge Nortvedt (2016, s.128) kan bidra til å reflektere på en mer ryddig og hensiktsmessig måte. Kjent og ukjent informasjon kommer fram i lyset og hvilke verdier som står på spill. Dette gir flere aspekt av saken og bidrar til gjennomtenkte løsningsalternativer.

Det etiske dilemmaet beskrevet over, viser at helsepersonell har stor makt over pasientene. Dette var også noe informantene erfarte og stiller seg derfor støttende til. Det viser videre at bevissthet og kunnskap om sykepleiens etikk er viktig i helsevesenet generelt, og særlig innenfor pasientsentrert arbeid. Herunder kommer viktigheten av å kunne identifisere en etisk problemstilling, men også hvordan en håndterer situasjonen og kommer med forslag til handlingsalternativer.

5.5. Metodediskusjon

I en forskningsstudie er det viktig å ha et kritisk blikk. Dalland (2015, s.40) hevder det er viktig at metodene skal gi troverdig kunnskap. Dette ved at *validitet* som står for relevans og gyldighet og at *reabilitet* som betyr pålitelighet oppfylles. Ved å se på datainnsamling, hva som tas bruk og hvordan datamaterialet har blitt arbeidet med, gjøres dette.

Malterud (2017, s.138) mener at en fokusgruppeintervju optimalt består av fem til åtte informanter. På grunn av oppgavestørrelsen valgte vi derfor å utføre et fokusgruppeintervju med tre informanter, da Dalland (2015, s.76) hevder at en til tre informanter kan gi tilstrekkelig data til en studie. Det å ha tre informanter har igjen gjort at vi føler at vi har fått innsyn i den enkeltes situasjon og fått med oss tilstrekkelig datamateriale til oppgavens størrelse.

Studien er basert på resultatene fra ett sykehjem. Vi ser at resultater fra flere sykehjem kunne gitt andre og flere variasjoner i datamaterialet.

Samtidig er arbeid med brukermedvirkning godt kjent i dette sykehjemmet og viser erfaringer med det.

Ingen av forskerne har tidligere erfaringer med empirisk studie, men på den andre siden har vi fått ny kunnskap gjennom hele prosessen i studien vår. Dette ved blant annet å ta i bruk faglitteratur fra Christoffersen mfl. (2015), Dalland (2015) og Malterud (2017) som har gitt gode forklaringer på hva som kan være sentralt og hensiktsmessig å ha med i en kvalitativ studie.

Når vi har benyttet direkte sitat i teksten, er dette ordrett fra det informantene har sagt. Dette fordi vi valgte å transkribere ordrett fokusgruppeintervjuet vi gjennomførte. Christoffersen mfl. (2015, s.82) understreker at ved å gjøre dette kan det styrke validiteten til oppgaven, ved at vi ikke mister viktige poeng som blir sagt underveis.

Den pågående covid-19 pandemien har gjort det mer utfordrende å finne pensumlitteratur og vi har på bakgrunn av stengt skole og bibliotek tatt i bruk flere nettkilder.

Noe som kan være med på å ha påvirket studien er at avdelingslederen på det aktuelle sykehjemmet var med som informant. Det positive er at denne sykepleieren kan sitte på en lang og bredere erfaring som får frem viktige synspunkt opp mot problemstillingen vår. Det negative kan være innvirkende på at andre informanter kanskje ikke ønsker å ytre alle sine erfaringer som kan være negative på arbeidsplassen. Dette for å ikke bli identifisert av egen sjef på arbeidsplass.

6. Konklusjon

I denne studien ville vi finne ut hvilke erfaringer helsepersonell hadde med pasienter og pårørendes brukermedvirkning.

Resultatet viser at de ansatte har bred og varierende erfaring med bruk av brukermedvirkning i arbeidshverdagen. De opplever at de har tilstrekkelig tid til å kunne fokusere på pasientenes ønsker og behov og at godt kollegaskap er kjernen til at de får til dette. Som et hjelpemiddel i arbeidshverdagen, erfarer de at både bruk av dokumentasjon og kartleggingsverktøy er gode ressurser for å ivareta pasientens rett til medbestemmelse. "Hva er viktig for deg"-dagen er

Det er interessant at pårørende blir nevnt både som en viktig gruppe for pasientene, men det kan også by på store utfordringer dersom det oppstår uenighet mellom pasientens og pårørendes ønsker og behov. En annen utfordring ligger i vanskeligheten med å nå ut til alle de forskjellige profesjonene på arbeidsplassen, der målet er å få frem en felles forståelse for hvordan oppgavene i arbeidshverdagen kan gjennomføres med fokus på brukervedvirkning.

“Hva er viktig for deg”- dagen er med på å sette fokus på brukervedvirkning i arbeidshverdagen, men helsepersonellens erfaringer peker på at brukervedvirkning er noe de jobber med hver dag, hele året. Likevel, viser funnene tydelig at driften av et sykehjem, rutinene i hverdagen og det ansvaret en som helsepersonell har, kan bidra til utfordringer. Selv om kunnskapen og fokuset på brukervedvirkning blant de ansatte er høy, peker erfaringene altså på at pasienter og pårørende i ulike situasjoner kan være mindre medbestemmende i hverdagen enn hva de har rett til.

6.1. Anbefaling til videre forskning

Til videre forskning vil vi anbefale å ta med pasienters og pårørendes opplevelse av brukervedvirkning i hverdagen. Dette vil skape en videre forståelse og bredere spekter i hvordan brukervedvirkning faktisk fungerer i praksis.

7. Litteratormatrise

- Antonovsky, A. (2012). *Helsenes mysterium - Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Askheim, O.P. (2017, 13.06). Brukermedvirkningsdiskurser i den norske velferdspolitikken. Hentet 23.mars.2020 fra https://www.idunn.no/tidsskrift_for_velferdsforskning/2017/02/brukermedvirkningsdiskurser_i_den_norske_velferdspolitikken
- Barry, M. J. & Edgman-Levitan, S. (2012, 01.03). Shared decision making- the pinnacle of patient-centered care. 366: 780-781, DOI: 10.1056/NEJMp1109283
- Braut, Geir. Sverre. (2018, 04.02). Sykehjem. Hentet 23.mars.2020 fra <https://sml.snl.no/sykehjem>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner - personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Evans, D (2002): Systematic reviews of interpretive research: interpretive data of processed data, Australian Journal of Advanced Nursing, Vol 20 no2, ss. 22-26
- Folkehelseinstituttet. (u.d.). Hentet April 2020 fra Hva er viktig for deg? – skjema (Pasientspesifikk funksjonsskala -PSFS): <https://www.fhi.no/publ/skjema/hva-er-viktig-for-deg---skjema-pasientspesifikk-funksjonsskala---psfs/>
- Forskrift for sykehjem. (2013). Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (FOR-1988-11-14-932). Hentet April 2020 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>
- Hauvik, S., & Eckhoff, K. M. (2020, Januar 10). *Sykepleien, Pasienter på sykehjem ønsker aktiv omsorg*. Hentet fra Helsedirektoratet. (u.d). Empowerment. Hentet 24.mars.2020 fra <http://www.forebygging.no/ordbok/a-e/empowerment/>
- Helsedirektoratet. (2017, Oktober 17). Brukermedvirkning. Hentet November 3, 2019 fra Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonelloven (LOV-1999-07 02-64). Hentet 24.Mars 2020 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

- Kepple, K. M., Hauff, K., & Bergem, A. L. (2019, Desember 23). *Sykepleien*. Hentet fra Refleksjonsgrupper ga ny innsikt: <https://sykepleien.no/forskning/2015/04/refleksjonsgrupper-i-sykehjem>
- Malmedal, W., Ingebrigtsen, O., & Saveman, B.-I. (2009, Mai 7). Inadequate care in Norwegian nursing homes - as reported by nursing staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences - Empirical studies (internett)*; ss. 23; 231-242. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00611.x>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norheim, A., & Vinsnes, A. G. (2012, September 1). Factors that influence patient involvement in nursing homes: staff experiences. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies - Vård i Norden (Internett)*; 32(3): 42-46. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1177/010740831203200309>
- Norsk sykepleierforbund. (u.d.). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet November 4, 2019 fra Norsk sykepleierforbund: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-forsykepleiere>
- Nortvedt P. (2016). *Omtanke – En innføring i sykepleierens etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk
- NSD - Norsk senter for forskningsdata. (u.d.). Hentet Mars 2020 fra Om NSD: <https://nsd.no/om/>
- Orvik, A. (2015). Organisatorisk kompetanse: innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse. (2). Oslo: Cappelen Damm.
- Pasientsikkerhetsprogrammet. (u.d.). "Hva er viktig for deg?"-dagen . Hentet November 4, 2019 fra I trygge hender 24/7: <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/hva-skjer/hva-er-viktig-for-deg-dagen>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1991). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet 24.mars.2020 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#%C2%A73-1
- Ranhoff, A. H., Vollrath, M. E., & Skirbekk, V. F. (2019, Desember 10). *Folkehelseinstituttet, demens*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Skovdahl, K., & Berentsen, V. D. (2015). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 408-437). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Stubberud, D-G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet: Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester. (u.d).

Brukermedvirkning. Hentet 26.november, 2019 fra Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester:

<https://www.utviklingscenter.no/?cat=179640>

Veiviseren- for bolig og tjenesteområdet. (2020, 07.02)

Brukermedvirkning. Hentet 23.mars.2020 fra

<https://www.veiviseren.no/forstaa-helheten/brukermedvirkning/brukermedvirkning>

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide

Vi starter ved å ønske deltakerne velkommen og presenterer deretter oss selv. Videre gir vi en innledning om hva prosjektet innebærer og belyser hvilke konsekvenser som kan oppstå på bakgrunn av deltagelse på intervjuet. Deretter vil vi forklare at vi ønsker å ta opp intervjuet på lydbånd og at alt datamaterialet vil bli transkribert og analysert. Vi vil garantere anonymitet og at datamaterialet vil slettes når prosjektet er avsluttet. Til slutt informerer vi at enhver informant har rett til å avslutte intervjuet og trekke seg på hvilket som helst tidspunkt.

Tidsrom: 60 minutter

Problemstilling: *Hvilke erfaringer har helsepersonell med pasienter og pårørendes brukermedvirkning?*

Intervjuguide preintervju

- ✓ Alder?
- ✓ Hvilken utdanning har du?
- ✓ Hvor mange år har du jobbet som sykepleier/ eventuelt det du har utdannet deg som?
- ✓ Hvor mange år har du jobbet ved denne institusjonen?
- ✓ Hvilken pasientgruppe jobber du med?
- ✓ Hvor mange pasienter er det plass til i avdelingen du arbeider på?

Intervjuguide hovedintervju

- ✓ Hva tenker dere på når dere hører begrepet *brukermedvirkning*?
- ✓ Har dere markert "Hva er viktig for deg"- dagen på arbeidsplassen?
 - Eventuelt, hvilke erfaringer har dere fått på bakgrunn av denne dagen?
- ✓ Hvilke *erfaringer* har dere med *brukermedvirkning* på arbeidsplassen?
 - Hva opplever dere som positivt?
 - Har dere noen eksempler?
- ✓ Hva opplever dere som mindre positivt?
 - Har dere noen eksempler?
- ✓ Opplever dere at kollegaer også tar i bruk brukermedvirkning?
- ✓ Hvorfor bør pasienter få være med på beslutninger som angår dem selv?
- ✓ Hva ser dere på som de største utfordringene knyttet til brukermedvirkning på arbeidsplassen?
- ✓ Kan dere fortelle en konkret situasjon hvor brukermedvirkning blir utfordrende?
- ✓ Av alt vi har diskutert, hva er viktigst for deg?
- ✓ Er det noe vi ikke har snakket om, men burde ha snakket om?

Avslutter med å takke informanter til for deltakelsen!

Vedlegg 2: Anonymisert informasjonsskriv til avdelingsleder og deltakere

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Hva er viktig for deg?”- samtalen

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse erfaringer ansatte har i arbeid med pasienter og pårørendes brukermedvirkning (Pasientsikkerhetsprogrammet, u.d.). I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg. Dette er en bacheloroppgave i sykepleie.

Formål

Både på bakgrunn av kampanjer som setter fokus på brukermedvirkning og det fakta at brukermedvirkning er en lovpålagt rettighet, gir dette oss et innblikk i at det jobbes aktivt med å belyse brukermedvirkning og viktigheten av det innenfor brukerstyrte tjenester. Det vi lurer på, er om dette er nok? Har sykepleiere nok kunnskap og stort nok fokus på brukermedvirkning i en ellers aktiv og travel arbeidshverdag?

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker at du som ansatt ved sykehjem vil delta. Du som arbeider ved sykehjem sitter på mye kompetanse og erfaringer innenfor temaet vi skal skrive om, og derfor ønsker vi at du blir med i utvalget.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du er med på et gruppeintervju. Det vil ta deg ca. 60 minutter. Intervjuet inneholder spørsmål om hvilke erfaringer du har med brukermedvirkning med pasienter og pårørende. Herunder vil vi også snakke om "hva er viktig for deg"-kampanjen. Dine svar fra spørreskjemaet blir registrert ved bruk av lydopptak.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du likevel når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- *Følgende har tilgang;*
 - *Veileder: Anne Dreyer, førsteamanuensis ved NTNU*
 - *Student: Marte Anthonsen og Julie Eiksund*
- *Alle opplysninger anonymiseres*
- *Data blir behandlet på en maskinvare fra Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet med kode*
- *Alle personopplysninger blir adskilt fra øvrige data*

- *Data fra gruppeintervjuet vil inngå i bacheloroppgaven og blir anonymisert og kontrollert av veilederne før levering*

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 1. juni 2020. Etter prosjektets slutt vil alle opplysninger og opptak slettes.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Ansvarlig institusjon for prosjektet er Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet i Ålesund. Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- *Anne Dreyer på tlf 45664806 eller e-post anne.dreyer@ntnu.no*
- *Julie Eiksund på tlf 91006681 eller e-post julieik@stud.ntnu.no*
- *Marte Anthonsen på tlf 45215545 eller e-post marteea@stud.ntnu.no*

Vårt personvernombud:

- *Thomas Helgesen på tlf 93079038 eller e-post thomas.helgesen@ntnu.no*
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Anne Dreyer

Julie Eiksund og Marte Anthonsen

Prosjektansvarlig

Bachelorstudenter

(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "**Hva er viktig for deg?**"- samtalen og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

___ å delta i fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. *1. juni 2020*.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

