

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Brukermedvirkning er lovfestet i norske helsetjenester, både på individ- og systemnivå, med hensikt å sikre kvalitet og skape en bærekraftig helsetjeneste. Etter vår kjennskap har ikke brukermedvirkning på individ- og systemnivå ved norske Frisklivssentraler (FLS-er) blitt kartlagt i tidligere studier. Hensikten med denne studien var derfor å kartlegge ansattes opplevelse av kultur, praksis, kunnskap og holdninger knyttet til brukermedvirkning på individ- og systemnivå i FLS. Videre var formålet å undersøke om ansattes holdninger til brukermedvirkning kan være knyttet til kjønn, alder, lederansvar, ansiennitet og opplevelse av kultur for brukermedvirkning

**Utvalg og metode:** Av totalt 530 ansatte ved FLS-er spredt rundt i Norge, besvarte 172 ansatte en nettbasert survey bestående av: (A) kunnskaps-, holdnings- og praksisspørsmål om brukermedvirkning på både individ- og systemnivå, og (B) demografiske- og organisasjonsspørsmål. Utvalget (N=172) bestod av 87,6 % kvinner; 63,9% fysioterapeuter, 76,5% hadde en bachelorgrad, 50,3% hadde en stillingsprosent mellom 20- og 50% i FLS, og 10,5% var fra Trøndelag. Deskriptive analyser og bivariate korrelasjonsanalyser i programvaren SPSS ble benyttet for analysen av innsamlet data.

**Resultater:** Studien hadde en svarprosent på 32,5. Majoriteten av ansatte (75,0%) hadde hørt eller lest om brukermedvirkning i FLS' nasjonale føringer. De fleste ansatte (48,0%) opplevde kulturen for brukermedvirkning ved FLS som både god og dårlig. Ansatte rapporterte om praksis med brukermedvirkning på individnivå; 89,9% oppga å innhente innspill fra brukere. FLS utførte sjeldnere aktiviteter relatert til brukermedvirkning på systemnivå; 40,1% oppga at FLS innhentet informasjon fra brukerorganisasjoner, 8,2% oppga å ha brukerrepresentanter, 23,3% honorerte brukerrepresentanter, og 45,8% gjennomførte brukerundersøkelser. Respondentene hadde positive holdninger til brukermedvirkning, der 91,7% mente tjenestetilbudene ble bedre ved å involvere brukere i utformingen av FLS. Studien fant en positiv sammenheng mellom ansattes holdninger og ansattes ansiennitet (Cramers V=0,235, p=0,029). Det ble derimot ikke funnet noen sammenheng mellom ansattes holdning knyttet til kjønn, alder, ledelse eller ansattes opplevelse av kultur for brukermedvirkning i FLS.

**Konklusjon:** Majoriteten av FLS-er i Norge praktiserer brukermedvirkning på individnivå, men sjeldnere på systemnivå. Ansatte har positive holdninger til brukermedvirkning, men opplever kulturen for brukermedvirkning ved sin FLS som varierende. En detaljert veileder for hvordan en involverer og honorerer brukerrepresentanter i planlegging, gjennomføring og evaluering ved den enkelte FLS, kan være en løsning for å sikre kontinuerlig arbeid med brukermedvirkning på systemnivå. Et tiltak for å styrke kulturen for brukermedvirkning, og videre praksis med brukermedvirkning i FLS, kan være å øke kunnskap gjennom et strukturert undervisningsopplegg på arbeidsplassen. Basert på funnene i denne studien kan det ved fremtidige studier være hensiktsmessig å se på hvorvidt organisasjonsfaktorer har sammenheng med ansattes holdninger til, kultur for og praksis med brukermedvirkning i FLS.

## Abstract

**Background:** User involvement is statutory in Norwegian health services, at both the individual and the system level, to secure quality and sustainability of services. To the best of our knowledge, no studies have examined user involvement in Healthy Life Centres (HLC) on a national basis. The aim of this study was to do a national mapping of knowledge, culture, attitudes towards and practices for user involvement among HLC's employees and to investigate possible relationships between employees' attitudes to user involvement based on gender, age, leadership, seniority, and experience of culture for user involvement.

**Sample and method:** Of a total of 530 employees from HLC, scattered throughout Norway, responded 172 a survey consisting of: (A) knowledge, attitude and practice questions for individualized and system-oriented user involvement and (B) demographic and organizational questions. The total sample (N=172) consisted of 87.6% women; where the majority professionals were physiotherapists (63.9%). The majority of respondents (76.5%) had a bachelor's degree, 50.3% had a job percentage between 20-50% in HLC, and 10.5% were from Trondelag. Descriptive analysis and bivariate correlation analysis were conducted in the SPSS software to investigate the purpose of the study.

**Results:** The survey had a response rate of 32.5%. The majority of employees, 48.0%, experienced the culture of user involvement at HLC as both good and bad. Employees reported practice with user involvement at the individual level, where 89.9% received input from the users of HLC. The HLC performed user involvement less frequently at system-related activities; 40.1% reported HLC gathering information from user organizations, 8.2% reported having user representatives, 23.3% made payments to user representatives, and 45.8% completed user surveys. The respondents had positive attitudes towards user involvement, where 91.7% considered that HLC services were improved by involving users. There is a positive correlation between employee attitudes and employee seniority (Cramers V = 0,235, p = 0,029). This study did not find any correlation between employees' attitude and gender, age, leadership or employees' experience with culture of user involvement.

**Conclusion:** The majority of HLCs in Norway practice user involvement at an individual level, but less frequently at a system level. Most employees had heard or read about user involvement in HLC's national guidelines. Employees had positive attitudes towards user involvement, but experienced both good and bad culture of user involvement at their HLC. Detailed guidelines on how to involve and pay user representatives could help ensure continuous work on user involvement at the system level. One measure to strengthen the culture of user involvement, and further practice of user involvement, may be to increase knowledge through a structured teaching program in the workplace. Based on the findings of this study, it is recommended that future studies investigate whether organizational factors are related to employees' knowledge, attitudes to, culture for and practices of user involvement in HLC.

# Forord

I studien «En nasjonal tverrsnittundersøkelse om ansattes perspektiv på brukermedvirkning i Frisklivssentralen» er jeg så heldig å få bruke datamaterialet fra prosjektet «Brukermedvirkning i frisklivssentraler i Norge» ved NTNUs Senter for Helsefremmende forskning. Målgruppen i denne studien er faglig ansatte. Jeg vil gjerne takke veilederne mine Ola Bratås og Kjersti Grønning for tilbakemeldinger gjennom hele oppgaveforløpet.

Oppgaven kan for allmennheten virke mindre leservennlig, ettersom den er skrevet på et relativt akademisk språk og med en viss forventning om kjennskap til fagtermer og statistiske begrep. Med det sagt håper jeg alle som leser denne oppgaven vil øke sin forståelse og kunnskap om brukermedvirkning i FLS.

Som første kull på Master i Folkehelse ved NTNU har jeg opplevd både oppturer og nedturer. Studietiden har ført med seg både gleder og utfordringer, men samtidig ny kunnskap og flere perspektiver på mennesket og samfunnet, i skjønn eller mindre skjønn forening med helse. Håper alle kull som kommer etter oss får en like god, om ikke enda bedre, oppfølging.

Videre vil jeg takke studievenninnene mine for to kjekke år, samt heialesning og støtte mot slutten av skriveperioden. Særlig takk til Martine, Katrine og Kerry for gode innspill. Takk til mine fine foreldre for faglig digresjon og diskusjon. God takk til Amy for sitt syn utenifra, samt Gunhild og Tom for korrekturlesning. En siste stor takk til min kjære Robert for støtte og kjærlighet gjennom skrivekarusellen.

14.06.20 Trondheim

Heidi Bjørndal

# Innholdsfortegnelse

Ordforklaring	i
Figur- og tabelliste	ii
Forkortelser	ii
1.0 Introduksjon	1
2.0 Bakgrunn	2
2.1 Tidligere forskning	4
2.2 Avgrensing og formål med studien	6
2.3 Studiens oppbygging	6
3.0 Teori	7
3.1 Samfunnsperspektiv versus individperspektiv	7
3.2 Faktorer som kan påvirke brukermedvirkning i praksis	8
3.3 Oppsummering teori	10
4.0 Metode	12
4.1 Studiedesign	12
4.2 Etikk	12
4.3 Datainnsamling	12
4.4 Utvalg	12
4.5 Spørreskjema	12
4.6 Utvalgsstørrelse	13
4.7 Utvalgsfeil	13
4.8 Statistiske analyser	13
5.0 Resultat	16
5.1 Deltagere	16
5.1.1 Bakgrunnsvariabler	16
5.1.2 Fylkesvis deltagelse	17
5.2 Deskriptive analyser	17
5.2.1 Dagens praksis med brukermedvirkning i norske FLS-er	17
5.2.2 Kunnskap om brukermedvirkning blant ansatte i FLS	18
5.2.3 Holdninger til brukermedvirkning blant ansatte i norske FLS-er	18
5.2.4 Opplevd kultur for brukermedvirkning blant ansatte i FLS	20
5.3 Statistiske analyser	21
5.3.1 Bivariate korrelasjonsanalyser	21
6.0 Diskusjon	22

6.1	Diskusjon av resultater	22
6.1.1	Dagens praksis med brukermedvirkning i FLS	22
6.1.2	Ansattes kunnskap om brukermedvirkning i FLS	24
6.1.3	Ansattes holdninger til brukermedvirkning i FLS	25
6.1.4	Ansattes opplevelse av kultur for brukermedvirkning i FLS	26
6.1.5	Demografiske forskjeller i holdninger til brukermedvirkning blant ansatte i FLS	26
6.1.6	Kultur for brukermedvirkning på arbeidsplassen og ansattes holdninger i FLS	27
6.2	Diskusjon av metode	27
6.2.1	Styrker og svakheter med studien	27
6.2.2	Forskningsetiske betraktninger	29
6.2.3	Validitet og generaliserbarhet	29
7.0	Konklusjon og implikasjon for videre praksis i FLS	32
	Referanser	33
	Vedlegg	40
	Vedlegg 1 – Vurdering ved Norsk Senter for forskningsdata	
	Vedlegg 2 – Informasjonsskriv vedlagt survey	
	Vedlegg 3 – Nettbasert survey	
	Vedlegg 4 – Informasjon til kontaktperson ved FLS	
	Vedlegg 5 – Påminnelsesbrev	
	Vedlegg 6 – Begrepskategorisering og Cronbachs alfa	

## Ordforklaring

*Brukermedvirkning* i helsetjenesten innebærer at bruker eller pårørende, enten selv (individnivå) eller gjennom representanter fra brukerorganisasjoner (systemnivå), har innflytelse på beslutningsprosesser som berører dem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Helsedirektoratet, 2017a). Brukermedvirkning blir også omtalt som brukerinnflytelse og brukerstyring (Bjerkan & Hollingen, 2009), samt pasientdeltakelse (Castro, Van Regenmortel, Vanhaecht, Sermeus & Van Hecke, 2016). Andre beslektede begrep med brukermedvirkning er brukerinvolvering (Høiseth, Bjørgen, Johansen & Kvisle, 2015) og shared-decision making (Glyn Elwyn et al., 2012). Brukermedvirkning vil bli benyttet som begrep i denne oppgaven.

*Frisklivssentralen* (FLS) er en helsefremmende og forebyggende kommunal helsetjeneste (Helsedirektoratet, 2019a).

*Praksis* forstås som handling, hvor ansatte eller FLS involverer brukere, brukerrepresentanter eller brukerorganisasjoner i planlegging, gjennomføring og/eller evaluering av tjenesten.

*Holdning* til brukermedvirkning forstås som ansattes tendens til å tenke, føle og handle overfor brukermedvirkning som både verdi og strategi.

*Kunnskap* med brukermedvirkning forstås som ansattes kjennskap til eller lærdom om brukermedvirkning.

*Organisasjonskultur* er felles normer, verdier og vaner som utvikler seg i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og sitt miljø (Bang, 2013; Raaheim, Nielsen & Skår, 1997).

*Nominalt* målenivå vil si variabelverdier som kategoriseres uten rekkefølge for eksempel «ja», «nei» og «vet ikke».

*Ordinal* målenivå vil si variabelverdier som kategoriseres i ordnet rekkefølge for eksempel «<2år», «2-4år» og «>2år».

*Likert skala* vil si graderings spørsmål for eksempel «bedre», «ingen endring» og «verre».

## Figur- og tabelliste

Figur 1: Konseptuell modell av faktorer som henger sammen med praksis .....	11
Figur 2: Fylkesvis fordeling (%) av deltagere, n=172 .....	17
Figur 3: Dagens praksis med brukermedvirkning blant ansatte i FLS (%), n=168 .....	18
Figur 4: Kunnskap om brukermedvirkning blant ansatte i FLS (%), n=164 .....	18
Figur 5: Ansattes holdninger til hva økt brukermedvirkning kan bety for tjenestene ved FLS (%), n=155 .....	19
Figur 6: Ansattes antagelser om mulige utfall ved økt praksis med brukermedvirkning i FLS (%), n=172 .....	19
Figur 7: Deltagernes oppfatning av kultur for brukermedvirkning ved sin FLS (%), n=171 .....	20
Tabell 1: Demografiske data (n, (valid %)) .....	16
Tabell 2: Bivariate sammenhenger mellom ansattes holdninger til brukermedvirkning med bakgrunn i kjønn, alder, ansiennitet og ledelse .....	21
Tabell 3: Bivariate sammenhenger mellom ansattes holdninger og opplevd kultur for brukermedvirkning .....	21
Tabell 4: Begrepskategorisering og Cronbachs alfa (vedlegg 6).....	51

## Forkortelser

FLS	Frisklivssentralen
NSD	Norsk senter for forskningsdata
REK	Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
CPQ	The Customer Participate Questionnaire
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
CA	Cronbachs alfa
ETT-utvalg	Enkel tilfeldig trekning av utvalg
COVID-19	Coronavirus Disease 2019

## 1.0 Introduksjon

I 2018 var Frisklivssentralen (FLS) registrert i 274 kommuner og bydeler i Norge, og stadig flere etableres. FLS skal være en helsefremmende og forebyggende kommunal helsetjeneste. Formålet til FLS er å bistå personer, som har økt risiko for eller allerede har utviklet sykdom, med støtte til å mestre helseutfordringer og endre levevaner (Helsedirektoratet, 2016). FLS er ikke en lovpålagt tjeneste, men alle kommuner i Norge er pålagt å tilby befolkningen helsefremmende og forebyggende helsetjenester (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-3). FLS er en anbefalt måte å organisere slike helsetjenester på (Helsedirektoratet, 2017b). Frisklivsresept er en henvisningsblankett som gir tilgang til et strukturert, tidsavgrenset og tilrettelagt tilbud ved FLS (Helsedirektoratet, 2019).

I Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) legger den norske regjeringen vekt på å skape pasientens helsetjeneste. For å skape en slik tjeneste må helsetjenestene endre kultur, holdninger, organisering og ledelse. Involvering av brukere og pårørende vil utgjøre den viktigste drivkraften for fornying og forbedring i helsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Den norske regjeringen ønsker en kvalitetssikring av helsetjenestene, og pasientens perspektiv må da ivaretas (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Brukermedvirkning blir derfor et sentralt prinsipp i gjennomføring og utvikling av tjenestetilbudene i regi av FLS (Helsedirektoratet, 2016). Ifølge Helsedirektoratet (2017a) innebærer brukermedvirkning at bruker betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og avgjørelser som angår bruker.

Flere av brukerne ved FLS har langvarige og komplekse tilstander (Helsedirektoratet, 2019). Et av argumentene for å fokusere på brukermedvirkning er nettopp en økning i langvarige og komplekse sykdommer (Folkehelseinstituttet, 2018; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b; Sarrami-Foroushani, Travaglia, Debono & Braithwaite, 2014). Gitt at tilstanden er livsvarig, er det kostnadseffektivt både for bruker og samfunnet at bruker har eierskap til egne helseproblemer. De som lever med tilstanden har kunnskap om hvordan sykdommen påvirker dem og hva som virker for dem. Dette er kunnskap som helsepersonell ofte mangler (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015; Lorig et al., 2001; Williamson, 2014). Temaet for denne studien er brukermedvirkning i FLS nasjonalt, der hensikten er å studere ansattes praksis med, kunnskap om, kultur for og holdninger til brukermedvirkning.



## 2.0 Bakgrunn

### Hva er Frisklivssentralen?

Alle som jobber ved FLS anses som helsepersonell og er styrt av helsepersonelloven (helsepersonelloven, 1999). Tjenesten er tverrfaglig, og de ansatte har ulike bakgrunn og utdanning, ofte innenfor fysioterapi, sykepleie, pedagogikk og folkehelse. Ansatt, tjenesteaktør, fagperson, helsepersonell, helseprofesjon, tjenesteleverandør og behandler kan beskrive de som jobber i FLS. Ansatt og helsepersonell blir brukt videre i oppgaven. FLS legger vekt på en helhetlig tilnærming hvor målet er å styrke brukerens mentale, fysiske og sosiale ressurser rettet mot helse, endring og mestring. Tilbudene skal utformes slik at brukere kan delta uavhengig av diagnoser og helseutfordringer (Helsedirektoratet, 2016). FLS tilbyr primært generell gruppebehandling, og henviser videre til andre instanser for individuell diagnosespesifikk behandling (Helsedirektoratet, 2019). FLS skal gi kunnskapsbasert hjelp til befolkningen for å fremme fysisk aktivitet, sunt kosthold, snus- og røykeslutt gjennom et strukturert oppfølgingstilbud, som et basistilbud. Sentralene kan også tilby diverse kurs tilknyttet depresjonsmestring, belastningsutfordringer, mestring ved å leve med langvarige tilstander, samt veiledning ved søvnvansker og alkoholvaner. Mange FLS-er tilbyr i tillegg oppfølging rettet mot barn og unge, og deres foresatte i forbindelse med fedme og overvekt. Samt innvandrere, gravide og eldre. FLS i Norge varierer i størrelse og tilbud (Helsedirektoratet, 2016). Flere FLS-er har et interkommunalt samarbeid, hvor de samarbeider med andre aktører i kommunen og/eller nabokommuner. Ifølge helsedirektør Bjørn Guldvog (Helsedirektoratet, 2019) er FLS' fellesnevner at alle FLS-er bygger på kunnskapsbasert praksis og brukermedvirkning.

### Hvorfor brukermedvirkning?

Myndighetene i flere land, inkludert Norge, har fokus på en brukersentrert helsetjeneste av flere grunner a) medvirkning er en rettighet (pasient og brukerrettighetsloven, 1999); b) brukermedvirkning kan redusere urimelig praksis i helsevesenet (Mulley, Trimble & Elwyn, 2012); c) brukermedvirkning kan styrke helsevesenet til å bli bærekraftig ved å øke pasienteierskapet til egen helse (Coulter, 2006; Jamtland & Hagen, 2015; Légaré et al., 2014). Flere studier har vist at brukermedvirkning har potensielle fordeler med tanke på å endre helserelatert adferd, fremme forpliktelse hos brukere, respektere pasientautonomi (G. Elwyn et al., 2010), styrke brukere til å ta større ansvar for egen helse (Castro et al., 2016), kontrollere helsekostnader, forbedre kvaliteten av helsevesenet, samt øke pasienttilfredshet og tilslutning til behandling (Phillips, Street & Haesler, 2016; Williamson, 2014).

Brukermedvirkning er nedfelt i det norske lovverket for å sikre tjenester av god kvalitet som best mulig er tilegnet brukers behov (Helsedirektoratet, 2019). En kan betrakte brukermedvirkning ut ifra tre nivå. Individnivå, tjeneste-/klinikk-/systemnivå og system-/politisk nivå. Brukermedvirkning på individnivå innebærer at hver enkelt bruker har muligheter og rettigheter til å påvirke sitt eget behandlings- og hjelpetilbud, som igjen sikrer at brukeren blir sett og respektert. På tjenestenivå handler brukermedvirkning om at brukere får delta i råd og utvalg ved avdelingen eller klinikken de er tilknyttet. Brukerne er foreslått av brukerorganisasjoner og utnevnte av styrerepresentanter ved de respektive virksomhetene i helsetjenesten. På politisk nivå vil oppnevnte brukerrepresentanter fra brukerorganisasjoner delta og påvirke utformingen av

tjenestene, og den enkelte bruker vil ikke ha direkte medvirkning (Bahus, 2019). Videre i oppgaven vil tjeneste- og politisk nivå bli omtalt som brukermedvirkning på systemnivå.

De tre ulike nivåene av brukermedvirkning reguleres ut ifra ulikt lovverk (Bakke, 2009). Individnivå for brukermedvirkning reguleres gjennom pasient- og brukerrettighetsloven (pasient og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten ligger til grunn for tjenestenivået av brukermedvirkning. Denne forskriften legger føringer for at virksomheten skal evalueres og forbedres på bakgrunn av brukere- og pårørendes erfaringer (forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016, §6g, §8d). Angående brukermedvirkning på systempolitisk nivå skal kommunen, ifølge §3-10, helse- og omsorgstjenesteloven (2011), sørge for at brukerrepresentanter blir hørt i utformingen av tjenesten. Samt at tjenesten skal legge til rette for samarbeid med brukergruppens organisasjoner (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-10). Videre i oppgaven vil tjeneste- og politisknivå omtales som systemnivå.

### Brukermedvirkning i et historisk perspektiv

Brukermedvirkning stammer fra USA, og borgerrettighetsbevegelsen som fant sted på 1960-tallet (Andreassen, 2009). Medvirkning er et demokratisk prinsipp som ble nedfelt i menneskerettighetene med respekten for individets autonomi, medbestemmelse og likhet (Austvoll-Dahlgren, 2013; Butler & Greenhalgh, 2010). Brukermedvirkning kom til Norge i løpet av 1980-årene (Rise, 2012). Først i 1997 kom en offentlig utredning – Pasienten først (NOU 1997:2, 1997) - etterfulgt av Lov om pasientrettigheter i 1999 (pasient og brukerrettighetsloven, 1999), der helsetjenestene ble pålagt å involvere brukere, både i individuell behandling og på organisasjonsnivå (Rise, 2012). Medvirkning blir vektlagt som et av fem prinsipper for folkehelsearbeid i Stortingsmelding 34 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013a). Der det blant annet henvises til retten til medvirkning, som er nedfelt i menneskerettighetserklæringen artikkel 19 og i Grunnloven § 100 gjennom retten til ytringsfrihet.

### Kunnskapsbasert praksis og brudd med hard paternalisme

Kunnskapsbasert praksis står sentralt fra 1990-årene når det gjelder hva som er gyldig og relevant kunnskap (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996). Et underliggende prinsipp for kunnskapsbasert praksis er at all relevant og tilgjengelig informasjon skal bidra til beslutningsprosessen, hvor brukeren står i sentrum og er gitt eksplisitt beslutningsmyndighet. Beslutninger skal i tråd med kunnskapsbasert praksis treffes på bakgrunn av systematisk innhenting av forskningsbasert kunnskap, integrert med klinikernes erfaringskunnskap og pasientens ønsker og behov. Pasienter gikk fra å være en samtykker til å bli en informasjonskilde i løpet av siste halvdel av 1900-tallet (Dawes et al., 2005; Sackett et al., 1996).

En sentrering av bruker som informasjonskilde er et brudd med den paternalistiske og ekspertledende beslutningsmodellen ved at brukers erfaringsgrunnlag nå blir vektlagt som gyldig kunnskap (Schiøtz, 2003). Over tid har det vært en utvikling fra en paternalistisk helsetjeneste, der helsevesenet forteller bruker hvilke behandling de skal ha, til et mer likeverdig forhold mellom bruker og behandler (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b). Paternalisme i helsevesenet kan komme til uttrykk gjennom tiltak hvor helsetjenesten motsetter seg brukers vilje, til brukers fordel, for eksempel vedrørende endring av levevaner. En skiller mellom hard og soft paternalisme. Hard paternalisme er å forby det som er skadelig, for eksempel røyking. Soft

paternalisme er å prøve å påvirke individet til å velge et sunnere alternativ, men en tillater likevel individet å velge fritt (Conly, 2013).

### Grunner til fremvekst av brukermedvirkning

Helseprofesjonene utgjør en stadig større del av et voksende statsapparat.

Profesjonalisering kan svekke både individet og lokalsamfunnets evne til å finne løsninger og ta ansvar. Ut ifra et slikt perspektiv tar profesjoner over lokalsamfunnets og folk flest sine problemer (Garsjø, 2018; Illich & Hoff, 1975). Folk mister eiendomsrett til egne problemer og tillit til personlige vurderinger. En forventning om at profesjoner har kunnskap utover mannen i gata kan medføre en forvitring av det personlige ansvaret. Et økt fokus på brukermedvirkning kan sees på som en motreaksjon til profesjonalisering av samfunnet (Garsjø, 2018), ved siden av den demokratiske og brukersentrerte utviklingen i helsetjenesten. Økt utdanningsnivå i befolkningen, bedre og tilgjengelig informasjon for bruker, samt økt åpenhet og diskusjon vedrørende kvalitet i helsetjenestene, har også ført til at brukermedvirkning opptar større plass i helsevesenet idag (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013b).

## 2.1 Tidligere forskning

**Brukermedvirkning har fordeler, men ikke videre uproblematisk**

Til tross for at brukermedvirkning er lovpålagt (pasient og brukerrettighetsloven, 1999) og brukermedvirkning viser seg å ha flere fordeler for helsetjenesten (Castro et al., 2016; Chewing et al., 2012; G. Elwyn et al., 2010) er det ingen selvfølge at deltagere involveres (Solbjør & Steinsbekk, 2011). Effekten av brukermedvirkning er omdiskutert (Rise & Steinsbekk, 2015; Storm, Knudsen, Davidson, Hausken & Johannessen, 2011; Wiig et al., 2013). Brukermedvirkning er avhengig av at bruker har tilgang til helseinformasjon, samt kunnskap og kapasitet til å ta i bruk denne informasjonen (Angel & Frederiksen, 2015; Austvoll-Dahlgren, 2013). I tillegg kreves det ressurser i organisasjonen og hos den ansatte (Domecq et al., 2014; Légaré, Ratte, Gravel & Graham, 2008). Begrepet brukermedvirkning blir dessuten forstått ulikt fra bruker til helsepersonell, og igjen til leder, og de vektlegger ulikt i prosessen (Rise et al., 2013).

Brukermedvirkning må sees på som et tjenesteomfattende ansvar (Bennetts, Cross & Bloomer, 2011). Den største utfordringen i arbeidet med å styrke brukerens posisjon i helsetjenesten, er å snu innarbeidet kultur og holdninger hos de ansatte slik at helsetjenesten sees fra pasientens perspektiv (Helse- og omsorgsdepatement, 2015). Suksessfull implementering og praksis av brukermedvirkning krever regulering og støtte i organisasjonen (Sarrami-Foroushani et al., 2014). Brukermedvirkning er avhengig av helsepersonells kunnskaper om og holdninger til å involvere bruker i sitt daglige arbeid (Nathan, Johnston & Braithwaite, 2011; Rise & Steinsbekk, 2016). For at en organisasjon skal kunne oppnå reell brukermedvirkning må helsepersonell være villig til å dele informasjon om alternativer til egen praksis, vise hensyn til brukerens preferanser og støtte brukers overveielser av alternativer. Slike oppgaver krever kunnskap, ferdigheter og bestemte holdninger (G. Elwyn, Frosch & Kobrin, 2016). Ifølge en systematisk oversiktsartikkel fra 2008 er de viktigste faktorene for å implementere brukermedvirkning klinisk motivasjon hos helsepersonell, og en oppfatning av at felles beslutninger vil føre til et positivt resultat hos individet og i tjenesten (Légaré et al., 2008).

## Demografiske forskjeller i holdninger til brukermedvirkning

Flere studier har undersøkt hvordan og i hvilken grad brukermedvirkning gjennomføres i helsetjenester, inkludert helsepersonells kunnskap om, praksis med og holdninger til brukermedvirkning (Kent & Read, 1998; Omeni, Barnes, MacDonald, Crawford & Rose, 2014; Rise & Steinsbekk, 2016; Soffe, Read & Frude, 2004; Solbjør & Steinsbekk, 2011). Det er blant annet gjennomført studier hvor det er benyttet spørreskjema for å kartlegge ansattes forhold til brukermedvirkning i psykisk helsevern (Kent & Read, 1998; Rise, Grimstad, Solbjør & Steinsbekk, 2011; Rise & Steinsbekk, 2016; Storm, Hausken & Mikkelsen, 2010), deriblant ansattes kunnskaper, praksis og holdninger (Rise & Steinsbekk, 2016).

Studien til Storm, Hausken og Knudsen (2011) viste ikke signifikante forskjeller på kjønn, alder, lederposisjon, yrke og arbeidsperiode når det gjaldt rapportering om brukermedvirkning, med unntak av de som arbeidet natt-turnus. Flere ansatte rapporterte om større grad av brukermedvirkning på individnivå versus systemnivå. Pasientsamarbeid og assistert pasientmedvirkning representerte brukermedvirkning på individnivå ifølge Storm, Knudsen, et al. (2011). Pasientsamarbeid viste til om ansatte så på seg selv som aktiv i å fremme brukermedvirkning gjennom å oppmuntre, diskutere og samarbeide med sine brukere når de planla og implementerte behandling. Assistent pasientmedvirkning viste til i hvilken grad helsepersonell oppfattet pasienter å være involvert i sin egen behandling på avdelingen, for eksempel når de fylte ut pasientens individuelle behandlingsplaner eller når de planla utskrivning. Storm, Hausken, et al. (2011) definerte brukermedvirkning på tjenestenivå til hvordan brukermedvirkning implementeres på avdelingsnivå, for å fremme tjenestekvalitet og brukerorienterte tjenester. Brukerrepresentanter og brukerundersøkelser var sentrale tiltak på systempolitisk nivå (Storm, Hausken, et al., 2011). Ifølge en finsk studie har ansatte flere positive holdninger til brukermedvirkning på individnivå sammenlignet med systemnivå. Studien fant også forskjeller mellom kjønn, aldersgruppe og ansattes opplevelser av brukermedvirkning i egen behandling (Kortteisto, Laitila & Pitkanen, 2018). En australsk studie, også fra psykiatrien, viser at kjønn, erfaring og ansiennitet er avgjørende for ansattes holdninger til bruker og brukermedvirkning. Holdningene var rettet mot tre områder i studien. Holdninger til brukermedvirkning i ledelsen, i pleie og behandling, og i planlegging av mental helse. Motstand mot å endre seg og ambivalens for brukerdeltakelse var sterkere hos menn enn kvinner, og blant mer erfarne enn nyansatte (McCann, Clark, Baird & Lu, 2008).

## Brukermedvirkning i FLS

Få studier har tidligere studert brukermedvirkning i FLS ut ifra ansattes perspektiv (Sagsveen, Rise, Grønning & Bratås, 2018). En kvalitativ studie av Sagsveen et al. (2018) undersøkte ansattes perspektiv på brukermedvirkning på individnivå ved flere FLS-er i Norge. De konkluderte med at det bør legges større vekt på systematisk refleksjon om hva som inngår i begrepet brukermedvirkning blant fagfolk, både på organisasjons- og individnivå. Et av funnene var også at det å fremme brukerens autonomi og brukermedvirkning noen ganger kommer i konflikt med ansattes kunnskaper og deres ansvar for å utføre evidensbaserte tjenester (Sagsveen et al., 2018). En annen kvalitativ studie, som undersøkte hva brukermedvirkning innebar for fagpersoner i FLS, konkluderte med at de ansatte hadde ikke-dømmende holdninger (Salemonsens, Førland, Hansen & Holm, 2020). Ifølge samme studie så de ansatte på brukerne som likeverdige partnere i samarbeidet.

## 2.2 Avgrensning og formål med studien

Med bakgrunn i utbygging av FLS-er i Norge, behov for brukermedvirkning for å sikre en bærekraftig helsetjeneste av god kvalitet (Helse- og omsorgsdepartement, 2015; Helsedirektoratet, 2016; Jamtland & Hagen, 2015) og at brukermedvirkning er avhengig av ansattes bidrag, er det hensiktsmessig med en nasjonal kartlegging av ansattes perspektiv på brukermedvirkning i FLS. Nasjonale føringer og tidligere forskning viser at implementering og praktisering av brukermedvirkning er utfordrende, og avhengig av endring i organisasjonskultur, ansattes kunnskap om og holdninger til brukermedvirkning (G. Elwyn et al., 2016; Helse- og omsorgsdepartement, 2015; Kortteisto et al., 2018; McCann et al., 2008). Dette gir bakgrunn for å kartlegge ansattes perspektiv på brukermedvirkning i FLS. Tidligere studier viser at holdninger hos ansatte kan variere på bakgrunn av kjønn, ansiennitet og alder. I tillegg viser det seg at holdning, kultur og ledelse ofte må endres i helsetjenesten for å oppnå brukermedvirkning i praksis (Helse- og omsorgsdepartement, 2015). Med dette som utgangspunkt er det interessant å utforske hvorvidt det eksisterer noen sammenheng mellom ansattes holdninger til brukermedvirkning, ledelse og kultur for brukermedvirkning. Hensikten med denne studien var derfor 1) å kartlegge ansattes praksis med, kunnskap om, holdninger til og opplevd kultur for brukermedvirkning i norske FLS-er, og 2) undersøke eventuelle sammenhenger mellom ansattes holdninger til brukermedvirkning på bakgrunn av kjønn, alder, ansiennitet og ledelse samt opplevd kultur for brukermedvirkning ved FLS.

## 2.3 Studiens oppbygging

Denne masteroppgaven består av seks kapitler. Innledningsvis er studiens aktualitet, bakgrunn, formål og avgrensning introdusert. Kapittel to vil presentere teoretisk rammeverk. Tredje kapittel omfatter metodiske valg som er gjort underveis i denne studien. Her vil studiens metodiske design, analysemetoder og kvalitetssikring av forskningsprosessen bli trukket frem. I kapittel fire vil funn og statistiske analyser bli presentert. Femte kapittel vil inneholde diskusjon av studiens forskningsspørsmål i lys av hovedresultater ved denne studien, utvalgt teori og tidligere forskning. Studien avsluttes i kapittel seks med konklusjon og implikasjoner for videre praksis.

## 3.0 Teori

### 3.1 Samfunnsperspektiv versus individperspektiv

Samfunnsperspektiv kjennetegnes ved å tenke utover individnivå og mer overordnet. Denne studien tar først og fremst for seg den ansatte ved FLS, men også til dels FLS som organisasjon, brukerorganisasjoner og brukerrepresentanter. Fokuset ligger derfor både på individ- og systemnivå. Et samfunnsmessig perspektiv handler om å se sammenhenger mellom individ og samfunn, der grunnleggende, overordnede, samfunnsmessige, strukturelle, politiske og kulturelle premisser styrer og danner rammevilkår for livet vårt og virksomheten vår (Garsjø, 2018). Ved å sette brukermedvirkning inn i en større kontekst viser en at det dreier seg om politikk, politiske beslutningsprosesser, helsepersonells og interesseorganisasjoners rolle i samfunnet, men også om det enkelte individs preferanser. Brukermedvirkning på individnivå omhandler kun ansatte og deres forhold til bruker. Et samfunns- eller systemperspektiv på brukermedvirkning innbefatter ledelse, organisasjon og arbeidsplass og deres forhold til brukerorganisasjoner. Begge perspektiv ligger til grunn for å oppnå en brukersentrert helsetjeneste.

#### Samarbeid, bottom-up- og top-down perspektiv

FLS er en helsetjeneste som bidrar til å oppfylle kommunens plikter når det gjelder oversiktsarbeid, samarbeid med frivillig sektor, tiltak overfor risikogrupper, samt informasjon og veiledning til befolkningen, og er dermed en viktig aktør i kommunens folkehelsearbeid (Helsedirektoratet, 2019). Om en organisasjon som FLS skal lykkes i å nå sine mål og få utført sine oppgaver på mest mulig effektivt vis, må de ansatte finne en arbeidsmåte som er tilpasset de omgivelsene FLS opererer i (Raaheim et al., 1997). I forbindelse med arbeidet som utføres i FLS handler det om et rammeverk som først og fremst innbefatter lovverk og håndtering av ulike grupper med brukere, men også brukerorganisasjoner, pårørende, andre helseinstanser og aktører innen frivilligheten. FLS har på lik linje med andre sektorer ansvar for å bidra i det tverrsektorielle arbeidet, som kjennetegner helsefremmende og forebyggende arbeid (Garsjø, 2018).

Nettverksbygging og opparbeiding av samarbeidsrutiner, som krysser faggrensene og etatsgrenser, kan bidra til felles forståelse og forpliktelse ved komplekse oppgaver, som endring av levevaner kan være et eksempel på. FLS ansvarsområde ligger, som tidligere nevnt, under helsefremmende og forebyggende arbeid. Et arbeid som representerer et stort koordineringsprosjekt, der helsetjenesten tjener på å operere på tvers. Dersom ideene utvikles nedenfra, for eksempel gjennom involvering av brukere, brukerrepresentanter og brukerorganisasjoner i tjenesteutforming av FLS, har forebyggende og helsefremmende arbeid lettere for å oppnå resultater og effekt. Lokal forankring, grasrotarbeid, forandring nedenfra eller «bottom-up» er andre begreper for denne tilnærmingen (Garsjø, 2018). Dersom ansatte blir involvert i beslutninger vedrørende implementering av brukermedvirkning i organisasjonen, kan det på samme vis tenkes at arbeidet med å involvere brukere blir raskere integrert i praksis (Jorgensen, Pedersen, Martin & Lomborg, 2019). Forandring ovenfra eller «top-down» er det motsatte perspektivet. En top-down-tilnærming retter oppmerksomheten mot et underordnet nivå, og interessen er i hovedsak knyttet til styring og organisering av tjenesten med fokus på produkt og produksjon (Garsjø, 2018). Brukerne eller ansatte er med i beslutninger, men ikke videre sentrale, og de utgjør ingen nevneverdig makt

sammenlignet med tjenesten eller ledelsen. Tilnærmingene top-down og bottom-up brukes som vi ser i ulike sammenhenger avhengig av om en fokuserer på implementering av forebyggende og helsefremmende arbeid eller av brukermedvirkning. I denne oppgaven blir tilnærmingene først og fremst brukt i forbindelse med implementering av brukermedvirkning i praksis. Ved implementering av brukermedvirkning handler det om hvilke tilnærming ledelsen og organisasjonen velger, som i hvor stor grad den ansatte får eierskap og støtte til å involvere brukere i praksis.

### 3.2 Faktorer som kan påvirke brukermedvirkning i praksis

I denne studien forstås praksis som handling, hvor ansatte eller FLS involverer brukere, brukerrepresentanter eller brukerorganisasjoner i planlegging, gjennomføring og/eller evaluering av tjenesten. Praksis er sentralt for virksomheter som utøves av helseprofesjoner (Svendsen, 2018), der praksis innbefatter flere forhold inkludert brukermedvirkning. Praktisering av brukermedvirkning kan også tilskrives en organisasjon, som for eksempel FLS. Ansattes kunnskap og holdninger til brukermedvirkning, samt organisasjonskultur er ifølge nasjonale føringer og tidligere forskning forhold som er med på å påvirke en virksomhets og ansattes praksis med brukermedvirkning (Helse- og omsorgsdepartement, 2015; Rise & Steinsbekk, 2016; Sarrami-Foroushani et al., 2014; Snyder & Engstrom, 2016). Praktisering av brukermedvirkning er et resultat av både individ (ansatt) og system (ledelse/arbeidsplass/organisasjon).

#### Kunnskap

Kunnskap forstås i denne oppgaven som lærdom om eller kjennskap til brukermedvirkning. Kunnskap kan sees ut ifra ulike perspektiv, og filosofer har siden Platons tid (427-347 f.Kr) strides om hva kunnskap er og hvordan mennesket tilegner seg kunnskap. Kun ulike former for konstruktivisme blir belyst i denne oppgaven. Konstruktivisme tar utgangspunkt i teori om kunnskap, der vi som tenkende vesen ikke har noe annet valg enn å konstruere kunnskap selv, ut fra egne erfaringer. Det er en praktisk-teoretisk prosess der kunnskap konstrueres og utvikles hver gang den brukes. Andre mener at kunnskap ikke kan konstrueres av enkeltindivider, men kun innenfor rammen av et sosialt samspill med deler av kulturen rundt og språket som redskap, derav sosial konstruktivisme (Sylte & Keeping, 2016).

Ut ifra et sosialt konstruktivistisk perspektiv er virkeligheten konstruert og gjenskap gjennom handlinger og interaksjon mellom mennesker. Samhandling, sosialt samspill, debatt og diskusjon ligger til grunn for forståelsesrammene i et sosialkonstruktivistisk perspektiv. Her finnes ingen objektiv sannhet, og kunnskap blir konstruert i et felleskap. Et annet perspektiv som ofte glir inn under det sosialkonstruktivistiske perspektivet er sosialkulturelt perspektiv (Sylte & Keeping, 2016). Ifølge et sosialkulturelt perspektiv bidrar samhandling til at gruppene, i dette tilfelle FLS som organisasjon, brukere, brukergrupper og ansatte ved FLS, samlet oppnår mer kunnskap enn hver enkelt gruppe kunne presentert på egenhånd (Sylte & Keeping, 2016). Ansattes forståelse og kunnskap om hva brukermedvirkning innebærer er avgjørende for praksis, da kunnskap er en praktisk-teoretisk prosess. Kunnskap endrer igjen holdninger (Ekeland, 2010).

#### Holdninger

Flere har prøvd å forklare hva en holdning er og hvordan de oppstår. I denne oppgaven vil teorier fra sosialpsykologien være grunnlag for å forstå og tolke holdninger. Holdning

forstås som en måte å stille seg på i forhold til brukermedvirkning. I sosialpsykologien beskriver en holdning en tendens til å tenke, føle og handle overfor noe, blant annet bestemte objekter, mennesker, ideer og verdier. Brukermedvirkning er både en verdi og en strategi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Gjennom utdanning lærer en seg faglige holdninger, som bygger på forsknings- og erfaringsbasert kunnskap. Faglige holdninger er stadig under endring, ettersom det skjer endringer i samfunnets holdninger til hva som er riktig og galt. Sosiale bevegelser, blant annet menneskerettighetsbevegelsen og kvinnebevegelsen, har gjennom sin kamp for samfunns- og menneskerettigheter endret faglige holdninger (Ekeland, 2010). Brukerorganisasjoner kan på samme vis, gjennom sine innspill, være med å endre faglige holdninger. En holdning er ofte positiv eller negativ, men kan også være nøytral (Ajzen, 2005; Svartdal, 2018).

Holdninger blir ofte oppfattet som sammensatt av en emosjonell-, en kognitiv- og en adferdskomponent, ettersom holdninger kan bli uttrykt på ulike måter. En holdning kan komme til uttrykk gjennom følelsesreaksjoner, som kan være positive eller negative. Helsepersonell kan for eksempel føle en uvilje mot en brukerorganisasjon eller føle velvilje til at brukere deltar i behandlingsbeslutninger. Holdninger kan også ta form som meninger eller tanker, som blir ansett som den kognitive delen, og som er enklest å kartlegge gjennom meningsmålinger eller holdningsskalaer. Hvilke tanker ansatte har om å involvere brukere i tjenesten er et eksempel på den kognitive komponenten av holdninger. En holdning kan sist, men ikke minst, komme til uttrykk gjennom handling, der en handler for eller mot en sak (Raaheim et al., 1997). En positiv holdning til brukermedvirkning kan komme til uttrykk ved at en faktisk innhenter innspill fra brukere eller brukerorganisasjoner. Adferdsdelen av begrepet holdning omhandler ofte det å gjøre hva som forventes av andre (Ekeland, 2010).

De tre komponentene ved holdninger, emosjon, kognisjon og adferd, henger ikke alltid like godt sammen (Ekeland, 2010; Raaheim et al., 1997). Mange gir uttrykk for positive meninger om en sak, for eksempel brukermedvirkning, men kan likevel la være å handle, for eksempel fysisk å involvere brukere. Teorien til Martin Fishbein og Icek Ajzen fra 1975, «theory of reasoned action», eller «teori om overveid handling» på norsk, forklarer forholdet mellom holdning, intensjon og handling, der det er en sterkere sammenheng mellom intensjon og handling enn mellom holdning og handling (Ajzen & Fishbein, 1975). Denne teorien la grunnlag for Ajzens «theory of planned behaviour», på norsk «teori om planlagt adferd», fra 1991, som viser at intensjoner for adferd ikke kun blir bestemt av ens egne holdninger, men også av opplevd adferdskontroll og omgivelsens sosiale normer. Jo sterkere intensjonen om å utføre en handling, desto mer sannsynlig blir handlingen gjennomført. Atferdsintensjon kan bare finne uttrykk i oppførsel hvis den aktuelle handlingen er frivillig, ved siden av tilgjengelighet av nødvendige muligheter og ressurser for eksempel tid, økonomi, ferdigheter og samarbeid med andre. Til sammen representerer disse faktorene menneskers faktiske kontroll over adferd. Samfunnets sosiale normer refererer til mottatt sosialt press for å utføre eller ikke utføre handlinger (Ajzen, 1991). Personer som arbeider i en organisasjon utvikler ofte felles holdninger til virksomhetens aktivitet (Smith, Farmer & Yellowley, 2012). Ansatte ved FLS kan på samme måte utvikle felles holdninger til eksempel brukermedvirkning, noe som igjen legger grunnlag for organisasjonskulturen. Ifølge Ekeland (2010) skapes holdninger gjennom det miljøet og den kulturen vi lever i.



## Organisasjonskultur

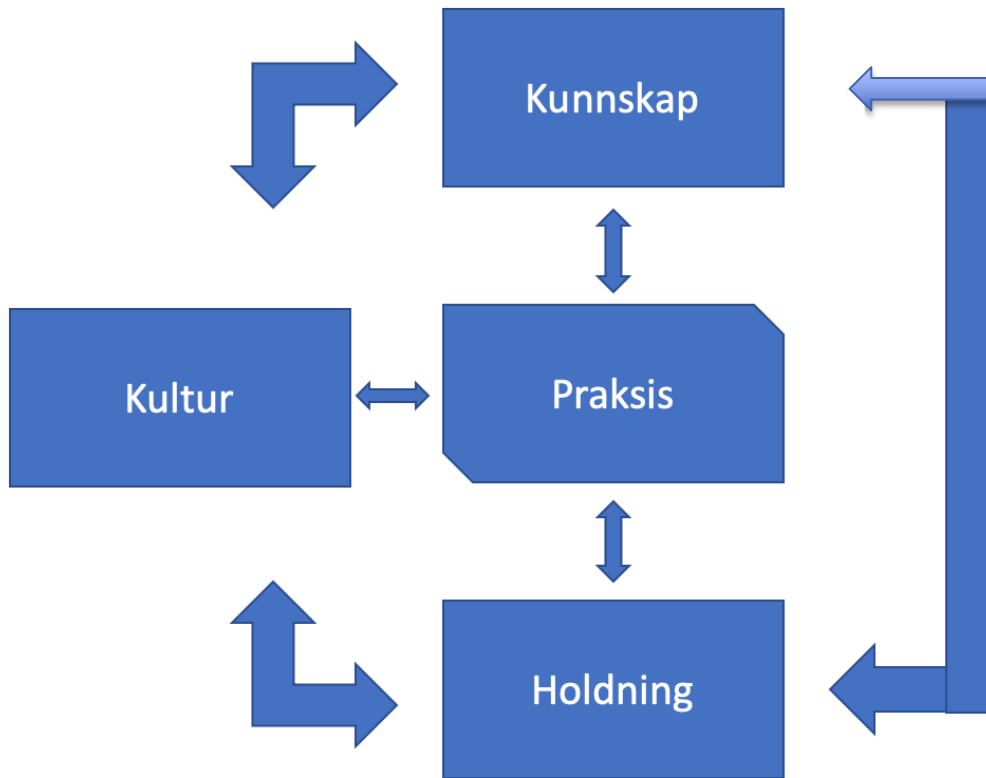
Organisasjonskultur blir ofte definert som felles normer, verdier og vaner som utvikler seg i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og deres miljø. Den manifesteres gjennom medlemmenes atferd og holdninger på arbeidsplassen. Mønstrene av felles normer, verdier og vaner blir lært bort til nye medlemmer av organisasjonen som den «riktige» måten å utføre arbeidet på. Kulturen vokser frem gjennom interaksjon mellom organisasjonsmedlemmene og omgivelsene. Kultur kan sees på som et (bi)produkt av samhandling. Kultur dreier seg ikke kun om hva medlemmene tenker eller ønsker i en organisasjon, men kommer til uttrykk i hvordan medlemmene faktisk oppfører seg og hvilke holdninger de har. Organisasjonskultur er sånn sett både et kognitivt system og et adferdssystem (Bang, 2013; Raaheim et al., 1997).

Schein (1984) hevder at kultur utvikles i enhver gruppe, forutsatt at følgende betingelser er til stede: a) Gruppen må ha vært lenge nok sammen til å ha opplevd og delt betydningsfulle problemer, b) den må ha hatt muligheter til å løse disse problemene og observere effekten av løsningene, og c) gruppen må ha tatt inn nye medlemmer, slik at en har overført måtene å løse gruppens problemer på til andre (Bang, 2013; Schein, 1984). Kulturen i FLS viser seg på ulike måter, og flere nivåer, fra for eksempel hvordan folk innad og utad snakker sammen, til hvilke oppdrag FLS jobber med eller mål de jobber mot. Felles verdier støtter en kultur som er felles for alle i organisasjonen (Edgar, 2004; Smith et al., 2012). Brukermedvirkning er en slik verdi, som kan være med å støtte kulturen i FLS for å benytte brukermedvirkning videre som strategi mot målet om en pasientsentrert helsetjeneste. Subgrupper kan forekomme innad i virksomheten som utfordrer kulturen (Edgar, 2004; Smith et al., 2012).

### 3.3 Oppsummering teori

Figur 1 viser at kunnskap, holdning og kultur henger sammen, og er videre knyttet til praksis. Dette er en generell modell, og ikke spesifikk for brukermedvirkning i FLS. Ifølge Ekeland (2010) skapes holdninger gjennom det miljøet og den kulturen vi lever i, og holdningene endres gjennom kunnskap. Kulturen består av både en kognitiv del med kunnskap og holdninger, samt en adferdsdel, som i denne studien forstås med praksis eller handling, og det medlemmene faktisk gjør (Bang, 2013). Hvorvidt holdning skaper kunnskap er noe usikkert, som nevnt har holdninger flere sider, der den ene er adferd. Gjennom handling skapes erfaring, som er en form for kunnskap. At ansattes holdninger både kan tenkes å påvirke praksis med og organisasjonskulturen for brukermedvirkning, er mer eller mindre logisk, da studier viser at praktisering av brukermedvirkning er avhengig av ansattes holdninger, samt kultur på arbeidsplassen (Bennetts et al., 2011; G. Elwyn et al., 2016; Sarrami-Foroushani et al., 2014). Organisasjonskultur vil også tenkes å bidra til ansattes kunnskap om og holdninger til brukermedvirkning, da virksomhetens felles normer, vaner og holdninger er førende for den ansattes praksis. Ansattes kunnskap om og holdninger til brukermedvirkning kan også tenkes å prege kulturen. Samhandling, både på individnivå og et overordnet nivå, er en viktig del av både praksis og kultur med brukermedvirkning sett ut fra et sosialt- og sosialkulturelt konstruktivistisk perspektiv. Bottom-up er et tankekors og en viktig tilnærming ved forebyggende og helsefremmende arbeid. En sentral tilnærming for å inkludere brukere og brukerorganisasjoner på lik linje med den øvrige tjenesten i beslutninger om tjenesteutforming, parallelt med å la ansatte få eierskap til og gjennomføre brukermedvirkning i sin praksis. Top-down kan også være en sentral tilnærming, ut ifra

et ledelse- og organisasjonsperspektiv, for å støtte ansatte og deres implementering av praksis med brukermedvirkning.



Figur 1: Konseptuell modell av faktorer som henger sammen med praksis

## 4.0 Metode

I dette kapittelet vil valg av metode og en beskrivelse av hvordan utvalgsrekrutteringen og datainnsamlingen foregikk bli presentert. De statistiske analysene som er brukt blir også presentert og beskrevet. Etikk, validitet og reliabilitet vil bli trukket inn i dette kapittelet, og videre diskutert i kapittel fem.

### 4.1 Studiedesign

Denne studien er en tverrsnittstudie hvor data om ansattes forhold til brukermedvirkning i FLS er innhentet på et bestemt tidspunkt. Ved en tverrsnittstudie innhentes ofte data gjennom en survey (Ringdal, 2013). Survey er det engelske ordet for undersøkelse, og betyr overblikk, der formålet er å få oversikt over forhold i et representativt utvalg av personer. Spørsmålene i undersøkelsen skal gi kunnskap om sosial virkelighet. Ved riktig utvelgelse av utvalg, skal svarene gi mulighet for statistisk generalisering av resultatene til den øvrige populasjonen utvalget er hentet fra (Ringdal, 2013). Tverrsnittstudier utleder ingen klare årsakssammenhenger, men gir mulighet for å studere sammenhenger og assosiasjoner mellom ulike variabler. Enhver forsker må imidlertid være forsiktig med å tolke assosiasjoner og retningen av assosiasjoner mellom variabler ut fra et øyeblikksbilde (Ringdal, 2018; Setia, 2016).

### 4.2 Etikk

Denne studien er en del av et større prosjekt «Health promotion in Healthy Life Centers», og er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) med referansenummer 899205 (vedlegg 1). Prosjektet trenger ikke godkjenning fra Regional etisk komité (REK), da studien ikke omfatter sensitive helseopplysninger (Regional committees for medical and health research ethics, 2018). Alle deltagerne fikk et informasjonsskriv (vedlegg 2) ved tilsending av spørreskjema (vedlegg 3) på e-post, og alle som fullførte den nettbaserte undersøkelsen samtykket samtidig til å delta anonymt.

### 4.3 Datainnsamling

Alle ansatte (N=530) ved samtlige FLS-er i Norge ble invitert til å delta i undersøkelsen. Via Helsedirektoratets oversikt over FLS-er i Norge ble en e-post med elektronisk spørreskjema sendt ut til oppgitte kontaktpersoner ved alle norske FLS-er (vedlegg 4). Oppgitte kontaktpersoner ble forespurt om å videresende e-post med survey til øvrige ansatte ved sentralen. De deltok ved å svare på den nettbaserte undersøkelsen, i tidsrommet mellom januar og mai 2019. To påminnelser ble sendt ut i løpet av perioden (vedlegg 5).

### 4.4 Utvalg

Alle ansatte, uavhengig av stillingsandel, som jobber aktivt inn mot brukere ved en FLS som tilbyr Frisklivsresept, ble inkludert i studien. De samme inkluderingskriteriene gjaldt ledere. Alle FLS-er i Norge ble kontaktet per e-post eller telefon i perioden januar til august 2019, for å innhente informasjon om antall ansatte.

### 4.5 Spørreskjema

Kunnskap om, praksis med og holdninger til brukermedvirkning blant ansatte i FLS-er ble kartlagt ved hjelp av en nettbasert survey (vedlegg 2). Den nettbaserte surveyen bygger

på spørreskjemaene brukt av Storm et al. (2010) og Rise et al. (2011) om ansattes opplevelser med brukermedvirkning i psykiatrien, der begge studier igjen bygger på spørreskjemaet til Kent og Read (1998) «The Consumer Participation Questionnaire» (CPQ). Spørreskjemaet i denne studien bestod av 31 åpne og lukkede spørsmål. Spørreskjemaet ble pilottestet på et lite utvalg representanter fra en FLS for å undersøke face validity. Face validity betegner at et spørreskjema fremstår klinisk rasjonelt og vali ut ifra en enkel inspeksjon av spørsmålene, uten at det utføres formelle statistiske analyser av skjemaet (Malt, 2018). Enkelte justeringer av spørsmålene ble foretatt, da noen av de opprinnelige spørsmålene ikke ble oppfattet som relevante for FLS. Spørsmålene i denne surveyen er organisert i tre grupper; tolv praksisspørsmål, to kunnskapsspørsmål og fem holdningsspørsmål der ett av dem dekker opplevelsen av kultur (Rise et al., 2011), i tillegg var det seks demografiske og seks organisatoriske spørsmål. Praksisspørsmålene ble videre delt inn i to; seks spørsmål om brukermedvirkning på individnivå og syv spørsmål om brukermedvirkning på systemnivå. En måte å sikre validitet av konstruerte begreper er gjennom faktoranalyse (Ringdal, 2013). I denne studien er ikke forutsetningene for faktoranalyse til stede. Spørreskjemaet inneholder kun to spørsmål som kan betegnes som kontinuerlige variabler (Ringdal, 2013), det vil i denne studien si at de er på ordinal målnivå med fem svaralternativer på en likert skala. De fleste spørsmålene i dette spørreskjemaet er kategoriske variabler målt på nominalt målnivå.

## 4.6 Utvalgsstørrelse

Utvalgsstørrelsen i denne studien ble til av antall respondenter (N=172) som besvarte spørreskjemaet. For å kunne utføre en enkel, tilfeldig trekking av utvalget (ETT-utvalg) kreves det en liste over populasjonen, en utvalgsramme (Ringdal, 2013). Utvalgsrammen ble i denne studien fastsatt ut ifra en liste over antall ansatte. Listen ble oppdatert ved systematisk oppringning og utsending av e-post til kontaktpersoner ved samtlige FLS-er i Norge.

## 4.7 Utvalgsfeil

Utvalgsfeil oppstår fordi det kun blir gjort målinger i utvalget og ikke i hele populasjonen. Frafall, det vil si de som ikke svarte på undersøkelsen, var i denne studien 358 faglig ansatte. De vet vi ingenting om, og vi betegner denne gruppen som «ikke oppnådd kontakt». Frafall er sjelden helt tilfeldig, og noen grupper vil ha større frafall. Hvis vi hadde visst at andelen menn i nettoutvalget avviker fra populasjonen, kan en rette dette opp ved å vekte menn i datafilen slik at de teller mer (Ringdal, 2018). Imidlertid vet vi at det er størst andel kvinner i helseyrker, og regner derfor med at fordelingen av kjønn stemmer.

## 4.8 Statistiske analyser

Alle statistiske analyser ble gjennomført ved bruk av statistikkprogrammet IBM SPSS Statistics version 25. Mulighetene for statistiske analyser er begrenset for både nominale og ordinale variabler (Ringdal, 2013). Krysstabellanalyse, samt regresjonsanalyse, er anbefalt analyseteknikk for slike målevariabler (Ringdal, 2013). Nominale data er kun nyttig når de blir presentert som en andel. Signifikansnivå ble satt til 0,05 som er et vanlig mål på statistisk signifikans (Campbell, Walters & Machin, 2007).

Missing values ble håndtert ved å benytte valid percent, og ved å oppgi antall respondenter (N) per variabel i denne studien. En kan dermed regne ut hvor mange som mangler per variabel ved å trekke N fra 172. En kvalitetssikring av variabler ble først utført. Deretter ble frekvensanalyser utført for å gi en oversikt over forekomst av ansattes praksis med, kunnskap om, holdninger til og opplevelse av kultur for brukermidvirkning. Bivariate korrelasjonsanalyser ga videre mulighet til å undersøke statistisk signifikant samvariasjon. Resultater fra samtlige analyser vil bli presentert i kapittel fire.

## Deskriptiv statistikk

For å kartlegge ansattes kunnskap, holdninger, opplevd kultur og praksis med brukermidvirkning i norske FLS-er, ble deskriptive analyser benyttet. Deskriptiv statistikk muliggjør en kvalitetsvurdering av datamaterialet som videre blir brukt i analysene (Campbell et al., 2007). Ved å lage en oversikt over prosentvis fordeling av variablene innenfor dagens praksis med, kunnskap om, holdninger til og kultur for brukermidvirkning blant ansatte i FLS, ga det mulighet for å studere mønstre blant de ansatte.

## Begrepskategorisering og Cronbachs alfa

Gjennom å se på definisjoner av begrepene, annen litteratur og innhold i hvert spørsmål, ble følgende inndeling (vedlegg 6) gjort. *Praksis* ble inndelt etter spørsmål som handlet om hva som gjøres i FLS idag, både av den ansatte og FLS som organisasjon. Praksis ble videre delt inn i *brukermidvirkning på individnivå* og *brukermidvirkning på systemnivå*. *Kunnskap* ble inndelt etter de variablene som beskrev ansattes lærdom og kjennskap til brukermidvirkning. *Holdning* ble inndelt etter flervalgsspørsmål som ga rom for ansattes opplevelser og meninger. Kulturspørsmål gikk i utgangspunktet under holdning, men ble brukt som en egen variabel. *Demografiske faktorer* ble inndelt etter spørsmål som inneholdt personidentitet, og *organisatoriske faktorer* ble inndelt etter spørsmål som inneholdt organisatoriske forhold. Cronbachs alfa (CA) ble brukt for å undersøke hvor godt variablene innad i de konstruerte kategoriene hang sammen med hverandre. CA varierer fra 0 til 1, der en kategori har tilfredsstillende reliabilitet dersom alfa har høy verdi, helst  $> 0,70$  og  $< 0,95$  (Ringdal, 2013). Samtlige kategorier, sett bortsett fra praksis og brukermidvirkning på individnivå, hadde ikke tilfredsstillende intern reliabilitet (vedlegg 6).

Grunnen for å samle flere variabler, som kan forklare et latent begrep, i en kategori er at praksis, holdning og kunnskap er for komplekst til å kunne måles med kun én variabel. Hvorvidt valgte kategorier måler begrepene som kartlegges er usikkert da det, som tidligere nevnt, ikke er utført en statistisk validering av kategoriene gjennom faktoranalyse eller tilsvarende (Hjerm, Lindgren & Blomgren, 2011). På bakgrunn av manglende validering og utilfredsstillende reliabilitet ble enkeltvariabler trukket ut av de ulike kategoriene for videre analyser. Følgende fem variabler ble valgt ut for å kartlegge hvordan dagens praksis med brukermidvirkning blant ansatte i FLS er nasjonalt; «Har frisklivssentralen representanter eller tillitsvalgte på vegne av deltagerne?», «Gjennomfører din frisklivssentral brukerundersøkelser av tjenestene som dere tilbyr?», «Honorerer frisklivssentralen brukerrepresentanter som deltar i planlegging og utforming av tjenestene?», «Innhenter frisklivssentralen innspill fra brukerorganisasjonene i planlegging av tjenestene?» og «Innhenter du innspill fra deltagerne i planlegging av tilbudet ved frisklivssentralen?». Følgende kunnskapsvariabel ble valgt ut i denne

studien; «Har du hørt eller lest om brukermedvirkning i nasjonale føringer for FLS?». Kulturspørsmålet «Hvordan synes du kulturen er for brukermedvirkning ved din FLS?» ble brukt videre. Følgende to utvalgte holdningsvariabler; «Hvordan tror du FLS-er ville endret seg dersom deltagerne var involvert i planlegging, gjennomføring og evaluering av tjenesten» og «Hvilke mulige utfall ser du for deg dersom deltagerne ble involvert i planlegging, gjennomføring og evaluering av tjenesten?» ble valgt ut.

### Bivariat korrelasjonsanalyse

For å undersøke mulige sammenhenger mellom ansattes holdninger og andre faktorer, ble bivariate korrelasjonsanalyser benyttet. Bivariate korrelasjonsanalyser brukes for å undersøke sammenheng mellom to variabler og styrken på denne (Ringdal, 2013). Cramers V, som er forbeholdt nominalnivå over to verdier (Hjerm et al., 2011; Ringdal, 2013), ble utvalgt mål som korrelasjon. Cramers V er et ikke-parametrisk korrelasjonsmål, der V varierer mellom 0 ved ingen sammenheng og 1 ved perfekt sammenheng. Korrelasjonsmålet spearman's r er spesielt godt egnet for analyse av ordinale variabler og ikke-normalfordelte variabler (Pripp, 2018; Ringdal, 2013), og ble derfor også benyttet. Metodelitteratur gir ingen fasitsvar på hva som er høy eller lav korrelasjon, da det avhenger av hva en undersøker (Hjerm et al., 2011). En tommelfingerregel i samfunnsvitenskapelig forskning kan likevel være at en korrelasjonskoeffisient mellom 0,10 og 0,29 viser lav samvariasjon, 0,30 og 0,49 viser moderat og 0,50 og 1,0 viser sterk samvariasjon mellom variablene (Ringdal, 2013; Svartdal, 2019; Svensson, 1983).

## 5.0 Resultat

### 5.1 Deltagere

Av totalt 530 ansatte svarte 172 på undersøkelsen. Alle respondentene jobbet ved FLS-er som tilbød en frisklivsresept. Studiens svarprosent var 32,5.

#### 5.1.1 Bakgrunnsvariabler

Tabell 1 viser demografiske data i studieutvalget. Det totale utvalget (N=172) bestod av 87,6 % kvinner, og majoriteten var fysioterapeuter (63,9%). De aller fleste av respondentene (76,5%) hadde en bachelorgrad, omtrent halvparten (50,3%) hadde en stillingsprosent mellom 20- og 50% i FLS og 41,0% hadde mer enn 5 års ansiennitet.

Tabell 1: Demografiske data (n, (valid %))

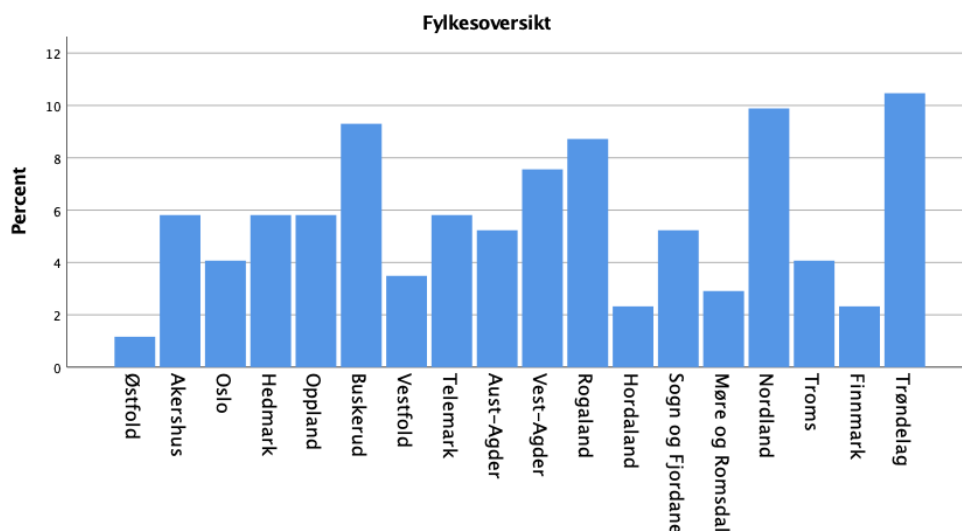
<b>Kjønn</b>	N=170
Kvinne	149 (87,6)
Mann	21 (12,4)
<b>Yrkesgruppe</b>	N=169
Fysioterapeut	108 (63,9)
Sykepleier	14 (8,3)
Pedagog	11 (6,5)
Ernæringsfysiolog	8 (4,7)
Helserådgiver	5 (3,0)
Folkehelseutdanning	6 (3,6)
Annet*	17 (10,1)
<b>Alder</b>	N=172
18-29år	30 (17,4)
30-39år	64 (37,2)
40-49år	44 (25,6)
50-59år	24 (14,0)
>60år	10 (5,8)
<b>Utdanningsnivå</b>	N=170
Videregående skole	3 (1,8)
Bachelorgrad	130 (76,5)
Mastergrad	36 (21,2)
Doktorgrad	1 (0,6)
<b>Leder med personalansvar</b>	N=169
Ja	39 (23,1)
Nei	130 (76,9)
<b>Ansiennitet ved FLS</b>	N=166
<2år	49 (29,5)
2-4år	49 (29,5)
>5år	68 (41,0)
<b>Nåværende stillingsprosent</b>	N=167
20-30%	39 (23,4)
40-50%	45 (26,9)
60-70%	14 (8,4)

80-90%	5 (3,0)
100%	64 (38,3)

\*27 respondenter valgte å føre inn eget alternativ for yrkesgruppe under «annet», og en endring i yrkesgrupper ble derfor utført på bakgrunn av antall >5 (data ikke vist).

### 5.1.2 Fylkesvis deltagelse

Ansatte fra samtlige fylker i Norge (figur 2), anno 2019, svarte på undersøkelsen. Størst deltagelse var fra Trøndelag (10,5%), mens minst deltagelse var fra Østfold (1,2%).



Figur 2: Fylkesvis fordeling (%) av deltagere, n=172

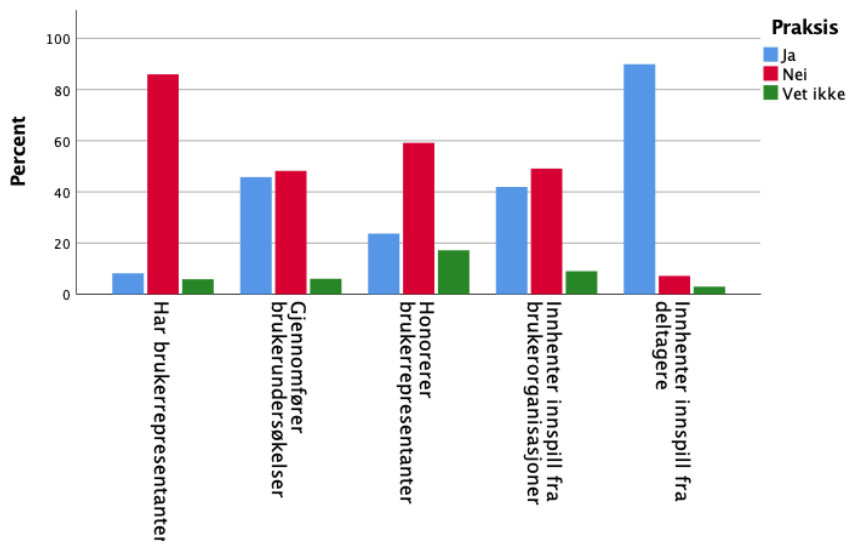
## 5.2 Deskriptive analyser

Første del av hensikten med denne studien var å kartlegge ansattes praksis med, kunnskap om, holdninger til og opplevd kultur for brukermedvirkning i FLS. Følgende deskriptive analyser i form av frekvenstabeller viser fordelingen av hva de ansatte svarte på en rekke utvalgte variabler innenfor praksis, kunnskap, holdning og kultur.

### 5.2.1 Dagens praksis med brukermedvirkning i norske FLS-er

De deskriptive analysene viste at 86% av respondentene ikke hadde brukerrepresentanter, men 45,8% gjennomførte regelmessige brukerundersøkelser. Ansatte som svarte at deres FLS ikke honorerte brukerrepresentanter for å delta i planlegging og utforming av tjenesten utgjorde 59,2%. Videre oppga 41,9% at deres FLS innhentet innspill fra brukerorganisasjoner, mens 49,1% svarte at de ikke gjorde det. Hele 89,9% svarte at de selv innhentet innspill fra deltagerne i planlegging av tjenesten (figur 3).

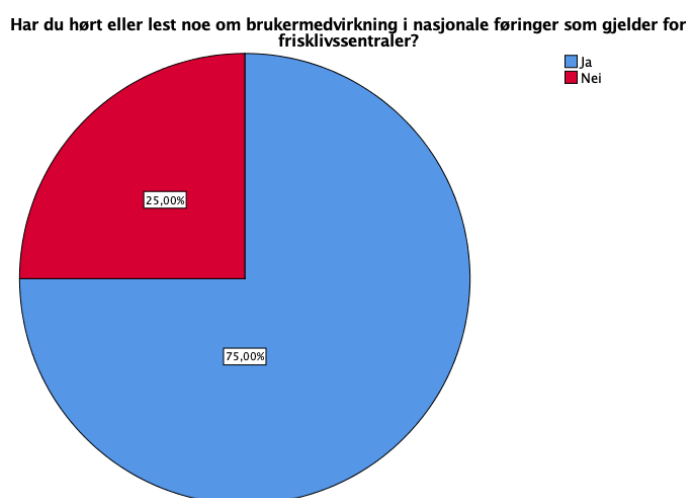




Figur 3: Dagens praksis med brukermedvirkning blant ansatte i FLS (%),  $\bar{n}$ =168

### 5.2.2 Kunnskap om brukermedvirkning blant ansatte i FLS

Figur 4 viser at majoriteten, 75,0%, av respondentene hadde hørt eller lest om brukermedvirkning i nasjonale føringer som gjelder for FLS-er.

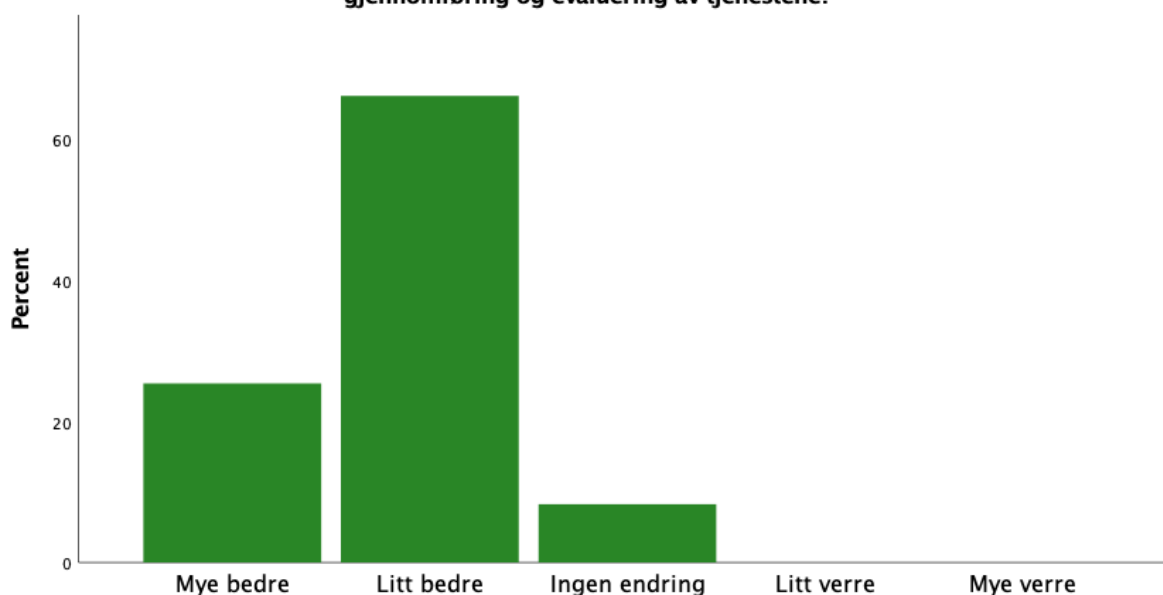


Figur 4: Kunnskap om brukermedvirkning blant ansatte i FLS (%),  $n$ =164

### 5.2.3 Holdninger til brukermedvirkning blant ansatte i norske FLS-er

På spørsmål om hvordan ansatte tror FLS ville endret seg dersom deltagerne var involvert i planlegging, gjennomføring og evaluering av tjenesten svarte hele 91,7 % at FLS ville blitt mye eller litt bedre (figur 5).

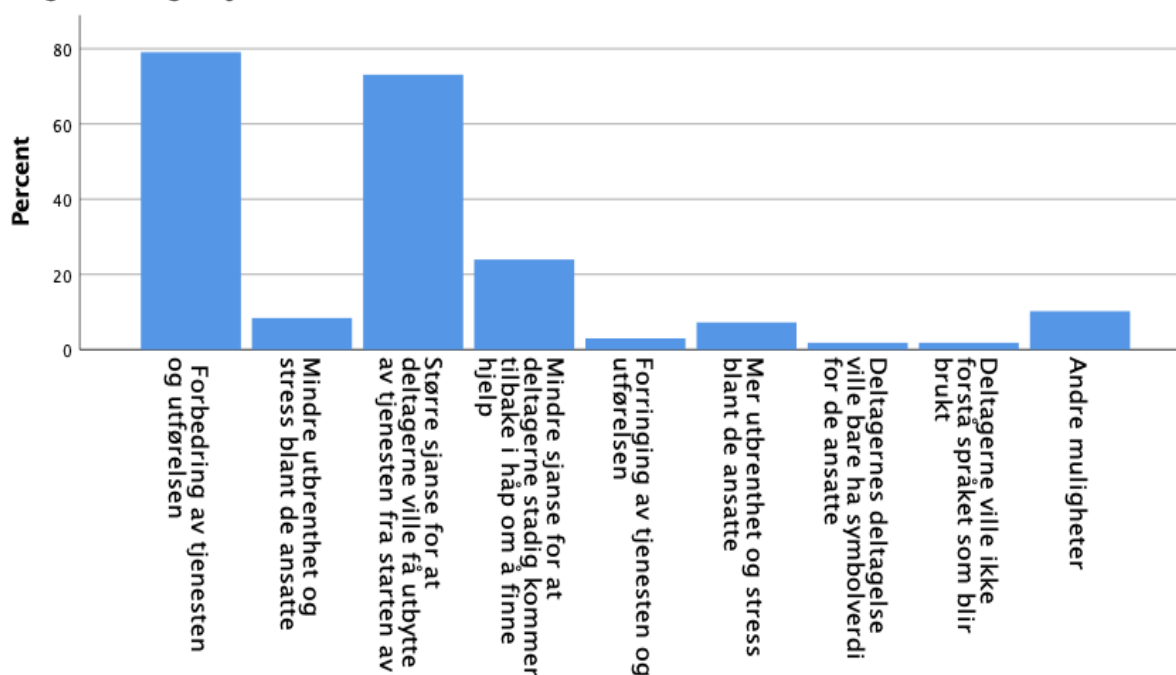
**Hvordan tror du frisklivssentraler ville endre seg dersom deltagerne var involvert i planlegging, gjennomføring og evaluering av tjenestene?**



Figur 5: Ansattes holdninger til hva økt brukermedvirkning kan bety for tjenestene ved FLS (%), n=155

Da det gjaldt hvilke mulige utfall de ansatte ved FLS så for seg dersom deltagerne ble involvert i utarbeiding av tjenesten, svarte 76,7% at de trodde det ville føre til forbedring av tjenestene. I tillegg svarte 70,9% at de trodde det ga større sjanse for at deltagerne fikk utbytte av tjenesten fra starten av, mens 23,3% svarte at økt involvering kunne innebære en mindre sjanse for at deltagerne stadig kom tilbake for å få hjelp (figur 6).

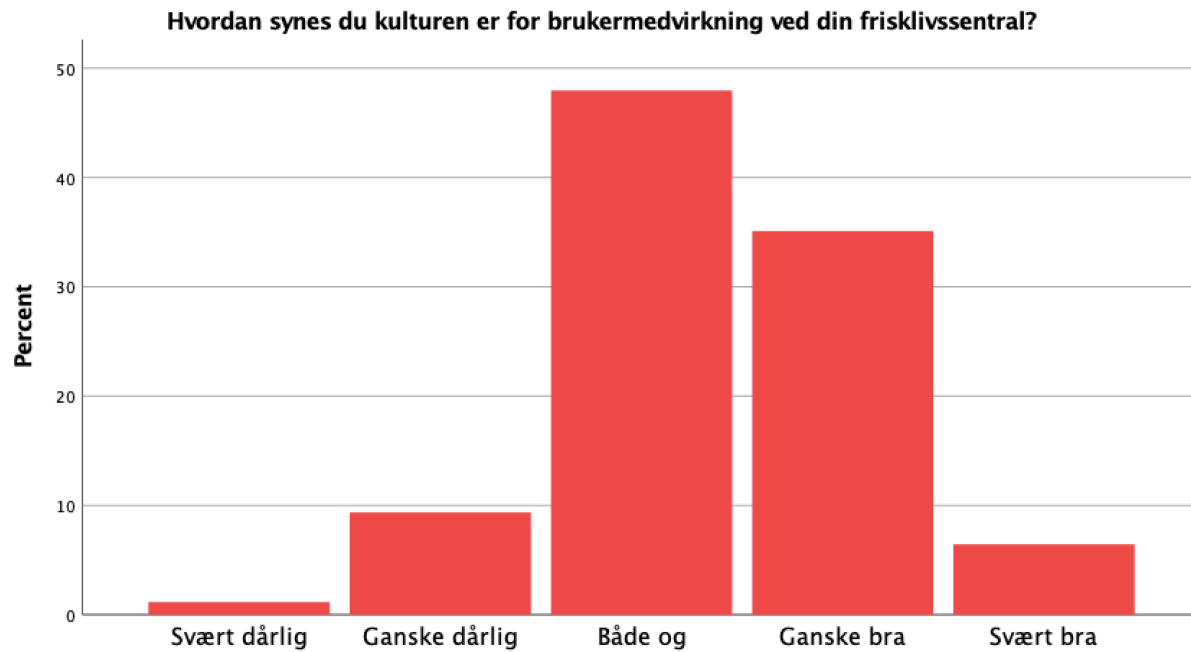
**Hvilke mulige utfall ser du for deg dersom deltagerne ble involvert i planlegging, gjennomføring og evaluering av tjenestene?**



Figur 6: Ansattes antagelser om mulige utfall ved økt praksis med brukermedvirkning i FLS (%), n=172

#### 5.2.4 Opplevd kultur for brukermedvirkning blant ansatte i FLS

Majoriteten (48,0%) av deltagerne opplevde kulturen for brukermedvirkning ved sin FLS som både óg, mens 41,5% oppga ganske/svært bra og 10,6% ganske dårlig/svært dårlig (figur 7).



Figur 7: Deltagernes oppfatning av kultur for brukermedvirkning ved sin FLS (%), n=171

## 5.3 Statistiske analyser

For å undersøke sammenhenger mellom ansattes holdninger til brukervedvirkning på bakgrunn av kjønn, alder, ansiennitet og opplevd kultur for brukervedvirkning ved FLS ble det gjennomført bivariate korrelasjonsanalyser. Resultatene viste at det var en statistisk signifikant sammenheng mellom ansattes holdninger til brukervedvirkning, og ansattes ansiennitet ved FLS ( $p=0,029$ ), men korrelasjonsstyrken var lav ( $V=0,235$ )

### 5.3.1 Bivariate korrelasjonsanalyser

For å undersøke sammenhenger mellom ansattes holdninger til brukervedvirkning på bakgrunn av kjønn, alder, ansiennitet og opplevd kultur for brukervedvirkning ved FLS, ble det gjennomført bivariate korrelasjonsanalyser. Resultatene viste at det var en statistisk signifikant sammenheng mellom ansattes holdninger til brukervedvirkning og ansattes ansiennitet ved FLS ( $p=0,029$ ), men korrelasjonsstyrken var lav ( $V=0,235$ ). Det var imidlertid ingen statistisk sammenheng mellom ansattes holdninger til brukervedvirkning og hhholdsvis kjønn, aldersgruppe, ledelse (tabell 2) eller kultur (tabell 3).

*Tabell 2: Bivariate sammenhenger mellom ansattes holdninger til brukervedvirkning med bakgrunn i kjønn, alder, ansiennitet og ledelse*

Variabel	Cramers $V^{\wedge}$	P-verdi
Kjønn	0,016	0,840
Aldersgruppe	0,192	0,185
Ansiennitet	0,235	0,029*
Leder med personalansvar	0,006	0,936

Merknad: \* $p < 0,05$ .  $\wedge$  Det er benyttet korrelasjonsmål Cramers V (nominal\*nominal >2x2tables).

*Tabell 3: Bivariate sammenhenger mellom ansattes holdninger og opplevd kultur for brukervedvirkning*

Variabel	Spearman's $r^{\wedge}$	P-verdi
Opplevd kultur	0,016	0,840

Merknad:  $\wedge$  Det er benyttet korrelasjonsmål spearman's r

## 6.0 Diskusjon

I dette kapitlet drøftes studiens resultater opp mot empiri og teori. Videre diskuteres studiens styrker og svakheter, etterfulgt av konklusjon og implikasjon for videre praksis. Hensikten med studien var som nevnt 1) å kartlegge ansattes praksis med, kunnskap om, holdninger til og opplevd kultur for brukervedvirkning i norske FLS-er, og 2) undersøke eventuelle sammenhenger mellom ansattes holdninger til brukervedvirkning med bakgrunn i kjønn, alder, ledelse, ansiennitet, samt opplevd kultur for brukervedvirkning.

### 6.1 Diskusjon av resultater

#### 6.1.1 Dagens praksis med brukervedvirkning i FLS

I denne studien har vi sett at de ansatte oppga at de oftere innhentet innspill direkte fra brukere (89,9%), sammenlignet med om FLS innhentet innspill fra brukerorganisasjoner (41,9%) (figur 3). Resultatet kan tyde på at ansatte ved FLS verdsetter innspill fra brukerne, og har større kjennskap til hva som skjer på individ- versus systemnivå, angående innhenting av brukerinnspill. Tidligere studier støtter resultatet med sine funn som har vist at ansatte i større grad rapporterer brukervedvirkning på individ- versus systemnivå (Kortteisto et al., 2018; Storm, Hausken, et al., 2011). Dette er i tråd med konklusjonen til Sagsveen et al. (2018) om behovet for systematisk refleksjon om hva som inngår i begrepet brukervedvirkning blant fagfolk i FLS, både på organisasjons- og individnivå. En forklaring kan være at systemnivå oppleves for komplekst, og dermed mer utfordrende, for den ansatte å forholde seg til sammenlignet med brukervedvirkning på individnivå (Garsjø, 2018). I tillegg til at innhenting av innspill fra brukerorganisasjoner kan tenkes å falle utenfor den ansattes ansvarsområde. Ledelsen og de som har et overordnet ansvar for organiseringen av FLS stilles gjerne ansvarlig for å følge opp brukervedvirkning på systemnivå. Brukervedvirkning er lovfestet, og ansett som «det rette å gjøre», og dette kan være en del av forklaringen for hvorfor de fleste ansatte oppgir praktisering av brukervedvirkning på individnivå. Om de faktisk implementerer brukernes innspill i de endelige beslutningene er mindre kjent (Storm, Hausken, et al., 2011). En annen norsk studie støtter derimot resultatet ettersom de ansatte anså brukervedvirkning som en essensiell del av deres kliniske praksis (Slomic, Christiansen, Soberg & Sveen, 2016). Sett at den ansatte faktisk innhenter innspill fra brukere til planleggingen av FLS' tjenester, så gir det oss imidlertid ikke svar på i hvilken grad innspillet har betydning for gjennomføringen av tjenestene. Eller hvorvidt det er en vane, og en vedvarende praksis.

I 2005 var brukerundersøkelser den vanligste måten å involvere brukere for å utvikle helsetjenester (Davies & Cleary, 2005). Fordelingen mellom FLS-er som gjennomførte versus ikke gjennomførte brukerundersøkelser var relativt jevn i denne studien, da 45.8% svarte at de gjennomførte brukerundersøkelser. Ettersom spørreskjemaet som ble brukt ikke inneholdt spørsmål om hvordan brukerundersøkelsene ble utgitt og hvorvidt dataene i brukerundersøkelsene ble brukt videre, vet vi ikke hvilke betydning dette kan ha for videre praksis og utforming av FLS. Studien til Davies og Cleary (2005) viser imidlertid at å bruke data fra brukerundersøkelser kan kreve en økt samordnet innsats, og at fagpersoner sjelden bruker dem i kvalitetsforbedring av tjenesten. Samtidig viser en annen studie at brukere ønsker å bli involvert i pågående initiativ fremfor passive

brukerundersøkelser (Gagliardi, Lemieux-Charles, Brown, Sullivan & Goel, 2008). Et alternativ til brukerundersøkelser kan være en kvalitativ tilnærming, for eksempel intervju av enkelte brukere.

Brukerrepresentanter og tillitsvalgte er utnevnt av brukerorganisasjoner, og skal påvirke tjenesteutforming på systemnivå (Bahus, 2019; Bakke, 2009). Kun et fåtall av respondentene i denne studien rapporterte at de hadde brukerrepresentanter eller tillitsvalgte på vegne av brukerne ved sin FLS (8,2%). En australsk studie som undersøkte ansattes holdninger før og etter utnevning av brukerrepresentanter, fant at helsepersonell opplevde brukerrepresentanters rolle som uklar i starten, men at representantens rolle ble tydeligere etter ett år. Flere fagpersoner mente at involvering av brukerrepresentanter var gunstig, og at helsetjenesten var klar for samarbeid med og involveringsinitiativer fra brukerrepresentanter (Nathan, Harris, Kemp & Harris-Roxas, 2006). En tilsvarende studie viste at det var sprik i ansattes forventninger til brukerrepresentanters rolle (Nathan et al., 2011). Tidligere studier har også vist at det eksisterer utfordringer med å rekruttere brukerrepresentanter, og usikkerhet knyttet til om deres synspunkt er tilstrekkelig for å representere hele brukergruppen (Crawford et al., 2002; Tempfer & Nowak, 2011). Et fåtall (23,7%) av ansatte i FLS svarte at de honorerte brukerrepresentanter. I tidligere studier er det rapportert om usikkerhet knyttet til mangel på økonomiske ressurser for å honorere brukere og brukerorganisasjoner (Crawford et al., 2002; Tempfer & Nowak, 2011). Fraværet av honorering kan sees i lys av den lave rapporteringen om brukerrepresentanter i utgangspunktet. Resultatet kan tyde på at involvering og honorering av brukerrepresentanter i liten grad er satt i system i FLS. Dette kan være svekkende for samarbeidet mellom FLS og brukerorganisasjoner. Fra tidligere vet vi at tjenestetilbudene i FLS representerer helsefremmende og forebyggende arbeid (Helsedirektoratet, 2019), som igjen er avhengig av samarbeidsrutiner og nettverksbygging for å oppnå best mulig gjennomslagskraft (Garsjø, 2018).

Den relativt lave rapporteringen av involvering og honorering av brukerrepresentanter støtter opp under at FLS har en vei å gå med å praktisere brukermedvirkning på systemnivå, som vi også tidligere så ved FLS' noe begrensede innhenting av innspill fra brukerorganisasjoner. Den relativt lave graden av brukermedvirkning på systemnivå indikerer at FLS ikke har implementert ny praksis på systemnivå fullt ut. Dette til tross for at brukermedvirkning skal være på alle nivå i helsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartement, 2015; Helsedirektoratet, 2019; NOU 2018:16, 2018). En annen forklaring for relativt lav rapportering om brukermedvirkning på systemnivå er at det tar tid å implementere brukermedvirkning i praksis (Kent & Read, 1998; Nathan et al., 2006; Rise & Steinsbekk, 2016). Når det er sagt er veilederen til FLS utarbeidet av Helsedirektoratet med blant annet innspill fra et bredt utvalg av brukerrepresentanter, der alle innspill ble vurdert og innarbeidet om mulig (Helsedirektoratet, 2019). Rammeverket til FLS er dermed blitt utformet i tråd med lovverket om brukermedvirkning på systemnivå. Hvorvidt det skal stilles krav til at hver enkelt FLS samarbeider med brukerrepresentanter og brukerorganisasjoner kan diskuteres. Kvaliteten i hver enkelt FLS kan derimot tenkes å avhenge av dette samarbeidet, samt ivareta et rettferdig tjenestetilbud på tvers av Norges FLS-er. De regionale helseforetakene i Norge har utarbeidet en veileder for brukermedvirkning på systemnivå. I veilederen tydeliggjør de en rollebeskrivelse for brukerråd og brukerrepresentanter i forbindelse med utforming av tjenesten, samt et system for honorering av

brukerrepresentanter (Helse Sør-Øst, 2017). En tilsvarende veileder for FLS kan tenkes å være aktuell.

Brukermedvirkning vil alltid være en prosess. Et tiltak for å involvere brukere i tjenesteutformingen, som for eksempel brukerundersøkelser eller tillitsvalgte/representanter på vegne av brukerne, vil kunne plasseres ulikt i forskjellige faser av behandlingsforløpet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Brukerundersøkelser kan for eksempel settes inn i evalueringsfasen. Mens innspill fra brukerrepresentanter kan settes inn i samtlige både planlegging, gjennomføring- og evalueringsfasen av tjenesten. Fem variabler, som valgt i denne studien, er ikke tilstrekkelig til å beskrive den totale praktiseringen av brukermedvirkning i FLS. Det gir likevel et bilde på noen av områdene de ansatte og FLS involverer eller ikke involverer brukere på i praksis. En studie fant at både bottom-up- og top-down-tilnærmingen var nødvendig for å implementere brukermedvirkning i klinisk praksis. Top-down sikrer at lederne støtter de ansatte i løpet av prosessen ved å involvere brukere fra første møte til endelig beslutning. Mens bottom-up-tilnærmingen sikrer at de ansatte har riktig kompetanse, er motivert og tar eierskap til initiativene som igangsettes (Jorgensen et al., 2019). Andre faktorer, blant annet organisatoriske faktorer, kan tenkes å påvirke praksis med brukermedvirkning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

### 6.1.2 Ansattes kunnskap om brukermedvirkning i FLS

I denne studien har vi sett at 75% av utvalget har lest eller hørt om brukermedvirkning i nasjonale føringer (figur 4). Resultatene tyder på at de fleste ansatte har kjennskap til brukermedvirkning. En norsk studie støtter dette da brukernes erfaringskunnskap var gjenkjent som en essensiell komponent i helsepersonells kunnskapsbase (Slomic et al., 2016). Dette er sammenlignbart med kunnskapsbasert praksis, der den ansatte vektlegger brukerkunnskap ved siden av sin egen erfaring. Ifølge Sagsveen et al. (2018) kom fokus på brukerens autonomi og brukermedvirkning flere ganger i konflikt med ansattes kunnskaper og deres ansvar for å gi evidensbasert tjenestetilbud i FLS. Ansattes kunnskapsbaserte praksis i FLS kan i lys av disse funnene bli utfordret av økt fokus på brukermedvirkning, ved at fokus flyttes bort i fra forskningsbasert empiri. Én variabel er ikke nok til å beskrive ansattes kunnskap om brukermedvirkning. Den utvalgte kunnskapsvariabelen kan også diskuteres, ettersom den legger mindre vekt på det sosiale, som et sosialt konstruktivistisk syn på kunnskap ville vektlagt. Kunnskap er, som kjent fra teorien, en erfaringsprosess mellom teori og praksis (Sylte & Keeping, 2016). Når det er sagt vil fordelingen av hvem som har lest eller hørt om brukermedvirkning i nasjonale føringer gi et visst bilde både på hvor mange som har kjennskap til brukermedvirkning, men også til nasjonale føringer for FLS. Veilederen til FLS er et eksempel på en slik nasjonal føring, ved siden av lover- og forskrifter. Med det som utgangspunkt i denne studien får en kartlagt en liten del av bildet vedrørende ansattes kunnskap om brukermedvirkning ved FLS. En vet derimot ikke hvorvidt ansatte har kunnskap om brukermedvirkning fra andre steder enn de nasjonale føringene, eller hva de forstår og legger i begrepet brukermedvirkning. Ett tiltak for å muliggjøre at samtlige ansatte skal oppnå ytterligere kunnskap om brukermedvirkning på både individ- og systemnivå er å tilby dem et systematisk undervisningsopplegg (Jorgensen et al., 2019).

### 6.1.3 Ansattes holdninger til brukermedvirkning i FLS

I denne studien har vi sett at 91,7%, av de ansatte ved FLS, svarte de trodde tjenesten ville bli bedre om brukerne ble involvert i tjenesteutformingen (figur 5). De fleste respondentene mente også at involvering av brukere i utarbeiding av tjenesten ville føre til forbedring av tjenesten (76,7%) og/eller at brukerne fikk større utbytte av tjenesten fra starten av (70,9%) (figur 6). Resultatene antyder at ansatte i FLS er positive til brukermedvirkning. En tidligere norsk studie utført i FLS støtter dette resultatet. Funnene i studien til Salemonsens et al. (2020), viste at ansatte så på brukere som likeverdige partnere i samarbeidet. I studien fant de at ansatte involverte brukere med en åpen og ikke-dømmende holdning. Ansatte støttet brukernes mestringstro og egenverd gjennom en respektfull væremåte, der brukerne ble anerkjent for den de var. Ansattes mål var å forhindre nye skuffelser og fremme brukerens selvtilit, for å støtte selvbestemmelse gjennom opplevd bedre helse (Salemonsens et al., 2020).

I denne studien omfattet holdningsvariabelen hvilke tanker de ansatte hadde om hvordan tjenesten vil endres om bruker var involvert i planlegging, gjennomføring og evaluering av tjenesten. Den kognitive delen av holdninger ble dermed undersøkt. Den handlende delen av holdninger finner vi derimot igjen i dagens praksis med brukermedvirkning, og hva den ansatte eller FLS faktisk gjør. Teori viser at det ikke nødvendigvis er samsvar mellom de ulike delene av holdninger (Raaheim et al., 1997), der ansatte ikke nødvendigvis trenger å tenke, føle og handle i samme retning vedrørende brukermedvirkning. Ettersom den handlende delen av holdning kommer til uttrykk i resultatet av dagens praksis med å innhente innspill fra brukere i FLS, er det ingen grunn for å betvile ansattes holdninger til brukermedvirkning på individnivå. Den emosjonelle delen av holdninger til brukermedvirkning er derimot i mindre grad kartlagt i denne studien.

På systemnivå viste resultatene fortsatt at de ansatte hadde positive holdninger til å involvere brukere i planlegging, gjennomføring og evaluering av tjenesten, men derimot utførte FLS sjeldnere aktiviteter relatert til brukermedvirkning. Dette støttes i teori da meninger ikke alltid fører til handling (Ajzen, 2005; Raaheim et al., 1997). Den ansatte kan mene at brukermedvirkning er viktig, men likevel velge eller være forhindret fra å ikke involvere innspill fra brukerorganisasjoner i sitt daglige arbeid. Martin Fishbein og Icek Ajzens «theory of reasoned action», støtter dette spriket mellom holdning og handling ved at de fant en sterkere sammenheng mellom intensjon og handling, enn mellom holdning og handling (Ajzen & Fishbein, 1975). Intensjonen om å involvere brukerorganisasjoner kan tenkes og oftere ligge overordnet i organisasjonen enn hos den enkelte ansatte. I tillegg kan behovet for adferdskontroll i mindre grad være innfridd hos den ansatte ved at en ikke opplever handlingen som frivillig, avhengig av hvilken tilnærming ledelsen i organisasjonen benytter. Tilnæringsgrunnlaget kan med fordel gå ut ifra en bottom-up-tilnærming, der ledelsen både inkluderer ansatt i prosessen med å implementere brukermedvirkning som en del av praksis i FLS. En top-down-tilnærming ved at ledelsen gir tilstrekkelig støtte til den ansatte på alle nivåer og legger til rette for kultur for og praksis med brukermedvirkning, kan også føre til større grad av implementert brukermedvirkning på systemnivå. En annen forklaring kan være at den ansatte er forhindret fra å involvere brukerorganisasjoner, der ressurser og nødvendigheter som tid, økonomi, ferdigheter og samarbeid med de aktuelle uteblir (Ajzen, 1991).



#### 6.1.4 Ansattes opplevelse av kultur for brukermedvirkning i FLS

I denne studien svarer majoriteten (48,0%) at de opplever kulturen for brukermedvirkning som «både og» ved sin FLS (figur 7). Resultatet tyder på at de ansatte har en nøytral oppfatning eller opplevelse av brukermedvirkning. Den nøytrale kulturoppfatningen overfor brukermedvirkning samsvarer med den varierte praktiseringen av brukermedvirkning på individ- og systemnivå. En forklaring på den nøytrale opplevelsen av kultur for brukermedvirkning blant ansatte kan være at flere FLS-er er relativt nyetablert. Første FLS ble opprettet i 1996 i Modum kommune, og stadig flere etableres (Helsedirektoratet, 2016). Flere ansatte rapporterer om mindre stillinger. Nyetablerte FLS-er og små stillingsprosenter kan ha ført til at ansatte dermed ikke har vært lenge nok sammen eller møtes jevnlig nok. Ifølge teori må de ansatte oppleve og dele problemer, samt ha muligheter til å løse problemer som oppstår og observere effekten av dem for å skape felles kultur på arbeidsplassen (Bang, 2013; Schein, 1984). Organisasjonskultur avhenger igjen av systemet rundt. Politiske føringer og retningslinjer vil være med å sette rammen for kulturen (G. Elwyn et al., 2016), men det er opp til hver enkelt FLS og ansatt å sette av tid og legge til rette for at «slik gjør vi vanligvis her»-tankegangen føres videre til nyansatte. Undersøkelsen kunne med fordel hatt flere spørsmål som primært undersøkte kultur for brukermedvirkning for å styrke resultatet, samt undersøkt hva de ansatte synes er bra og mindre bra med kulturen. Måleverktøyet «The Patient Participation Culture Tool» (Pa2CT) kunne vært et alternativ for å måle kultur for brukermedvirkning (Castro et al., 2016).

#### 6.1.5 Demografiske forskjeller i holdninger til brukermedvirkning blant ansatte i FLS

I denne studien så vi at det var en statistisk korrelasjon mellom ansattes holdninger og ansiennitet ( $p=0,029$ ), og ingen korrelasjon mellom øvrige demografiske faktorer som ble undersøkt i denne studien (tabell 2). En statistisk korrelasjon mellom ansattes holdninger og ansiennitet får støtte i to tidligere studier (Kortteisto et al., 2018; McCann et al., 2008), men med ulike retninger på samvariasjonen. Korrelasjonsanalysen i denne studien viser derimot ikke retningen på sammenhengen sammenlignet med de to tidligere studiene, ettersom det er variabler på nominalnivå som inngår i analysen. Ifølge McCann et al. (2008) var ansatte som hadde lavest ansiennitet, statistisk sett, mest positiv innstilt til å involvere brukere i behandlingsrelaterte saker og involvering av brukerrepresentanter. Kortteisto et al. (2018) viste derimot at ansatte med lengre erfaring og høyere ansiennitet i større grad viste positive holdninger sammenlignet med de yngre og lavere ansiennitet.

En forklaring på at ansatte med lavere ansiennitet har mest positive holdninger er at ansatte med lavere ansiennitet kan være usikker i sine roller som fagpersoner, og at de dermed er mer lydhør i møte med (erfarne) brukere og brukerrepresentanter. En annen forklaring kan være at brukermedvirkning muligens er implementert i profesjonsutdannelse i større grad nå enn tidligere. Gjennom utdanning lærer en seg, som tidligere nevnt, faglige holdninger, som igjen bygger på forsknings- og erfaringsbasert kunnskap (Ekeland, 2010). Det kan også tenkes at det fortsatt henger igjen en (sub)kultur med paternalisme og profesjonell dominans blant ansatte med lengre ansiennitet (Illich & Hoff, 1975). Dersom samvariasjonen viser seg å gå i motsatt retning, og at de med høyest ansiennitet har flere positive holdninger til brukermedvirkning, kan en forklaring være at ansatte med lengre ansiennitet er tryggere

i rollen som fagperson. De har derfor mindre sannsynlighet for å vurdere brukermedvirkning som en trussel mot sin identitet eller rolle som fagperson (Rise et al., 2013). Den fraværende informasjon på hvilken retning sammenhengen tar i FLS er uheldig, for å kunne vite hvilken gruppe som trenger holdningsendring. Dersom det viser seg at de med lavest ansiennitet har bedre holdninger til brukermedvirkning, kan de gies ansvar for å kjøre undervisning for de med lengre ansiennitet. Omvendt om det er motsatt retning på sammenhengen.

Det er derimot ingen statistisk sammenheng mellom holdning og aldersgruppe i denne studien som det er i to utenlandske studier (Kortteisto et al., 2018; McCann et al., 2008). Den fraværende korrelasjonen støttes i en norsk studie, som viste at det ikke var demografiske forskjeller i rapportering av brukermedvirkning i psykisk helsevern (Storm, Hausken, et al., 2011). At ingen statistisk sammenheng finnes mellom kjønn og ansattes holdninger, eller lederansvar og ansattes holdninger, støttes også i studien til Storm, Hausken, et al. (2011).

### 6.1.6 Kultur for brukermedvirkning på arbeidsplassen og ansattes holdninger i FLS

I denne studien finner vi ingen sammenheng mellom ansattes holdninger til å involvere brukere i utforming av FLS, og deres opplevelse av kultur for brukermedvirkning på arbeidsplassen (tabell 3). Vi finner ingen tidligere studier som verken støtter eller avkrefter dette resultatet. Det vi derimot vet fra teorien er at holdninger skapes gjennom miljøet og kulturen en lever i, og at kultur kommer til uttrykk i ansattes adferd og holdninger (Bang, 2013; Ekeland, 2010). En ville derfor forventet at en økning i positive holdninger blant ansatte ville gitt økt opplevelse av god kultur for brukermedvirkning på deres respektive arbeidsplass. En del av forklaringen på en manglende sammenheng kan være at til tross for at de fleste ansatte oppgir å ha positive holdninger til brukermedvirkning, opplever i underkant av halvparten (48,0%) kulturen som verken bra eller dårlig. Denne forklaringen støtter seg på funnene om relativt lav rapportering av brukermedvirkning på systemnivå, som igjen kan ha spilt inn på ansattes opplevelse av kultur for brukermedvirkning.

## 6.2 Diskusjon av metode

### 6.2.1 Styrker og svakheter med studien

En styrke med denne studien er, så langt vi vet, at den er den eneste nasjonale studien som har undersøkt brukermedvirkning blant ansatte både på individ- og systemnivå i FLS. Designet ved studien er også en styrke, da formålet med studien var å kartlegge brukermedvirkning ved alle FLS-er i Norge på et gitt tidspunkt. Nettbaserte spørreundersøkelser gir mulighet for å lage omfattende spørsmål og flere svaralternativ. Spørreundersøkelser er videre ikke påvirket av intervju effekter som samhandling og kommunikasjon. Respondenten kan svare i eget tempo og bestemme tidspunkt for besvarelse. Samtidig gir metoden mulighet for absolutt anonymitet (Dalland, 2017). Et tverrsnittstudie kan videre gi et godt grunnlag for senere studier (Setia, 2016) om brukermedvirkning blant ansatte i FLS. En kan gjenta tverrsnittsundersøkelser ved at de

samme spørsmålene stilles flere ganger. Noe som igjen gjør det mulig å studere samfunnsendring ved å følge utvikling i samfunn og grupper over tid (Ringdal, 2018).

Da tanken var å unngå «mining» også kalt fisketur (Hjerm et al., 2011), og rasjonale for å studere brukermidvirkning i FLS var relativt beskjedent, samtidig som målevariablene i datasettet stort sett var på nominalnivå, ble det begrenset hvilke statistiske analyser som kunne benyttes. Det var utfordrende å avgjøre på forhånd aktuelle konfunderende faktorer, og om holdninger påvirket kultur eller vice versa. Ettersom regresjonsanalyser krever kunnskap om konfunderende faktorer og hvilken variabel som påvirker hvilken (Hjerm et al., 2011), ble regresjonsanalyser valgt bort som analyse. Bivariat korrelasjon ble brukt i stedet for å undersøke om variablene hadde en sammenheng.

Sammenhengen kan være et ledd i kjeden av hva som forklarer en årsak, men en kan ikke slutte årsaker fra korrelasjonsanalyser. Korrelasjoner kan stamme fra spuriøse eller tilfeldige sammenhenger, derfor er det viktig å se dem i forhold til andre studier (Ringdal, 2013). Med bakgrunn i manglende rasjonale ble organisasjonsfaktorer, som hadde vært aktuelle å undersøke opp mot ansattes praksis med og holdninger til brukermidvirkning i FLS, utelatt. Både praksis, kultur- og/eller holdningsforskjeller på tvers av fylker hadde også vært interessant å undersøke, men ble ikke tatt videre, med bakgrunn i både studieomfang og begrenset empiri. I ettertid ser vi at en regresjonsanalyse kunne vært hensiktsmessig i forbindelse med demografiske variabler og ansattes holdninger til brukermidvirkning da demografiske faktorer trolig vil påvirke holdninger, mer enn motsatt.

En videre styrke er at CPQ, som nevnt er grunnlag for spørreskjemaet, tidligere er brukt for å måle brukermidvirkning blant ansatte (Castro et al., 2016; Kent & Read, 1998). CPQ ble utviklet på New Zealand av Hugh Kent og John Read, og har blitt brukt i tverrsnittstudier med noen modifikasjoner i Wales (Soffe et al., 2004), Canada (Grant, 2007), Østerrike (Sibitz, Swoboda, Schrank, Priebe & Amering, 2008) og Norge (Rise et al., 2011; Storm et al., 2010). CPQ har blitt brukt som et verktøy for å måle utviklingen av brukermidvirkning, og for å vurdere fagpersoners syn på brukermidvirkning i psykisk helsevern; både i individuell behandling og i planlegging, gjennomføring og evaluering av psykiske helsetjenester (Kent & Read, 1998).

Hvordan en best måler ansattes kunnskap, opplevelse av kultur, holdninger og praksis med brukermidvirkning i FLS kan diskuteres. Det er forskjell fra FLS og psykiatrien da psykiatrien dekker både innlagte og hjemmeboende pasienter. FLS gir som kjent primært gruppebehandling, og har ikke innlagte pasienter. I tillegg har psykisk helsevern mest sannsynlig en annen sammensetning av fagpersoner med tanke på demografiske variabler. Holdninger til både brukere og brukermidvirkning kan være annerledes innenfor psykiatrien da brukere kan ha andre utfordringer (McCann et al., 2008). I denne studien kunne vi ha brukt andre målemetoder for å undersøke brukermidvirkning, ettersom CPQ muligens ikke er helt overførbart til ansatte ved FLS, og ikke lot seg valideres. «The Observing Patient Involvement In Decision Making Scale (OPTION)», «The Shared Decision Making Questionnaire» og «CollaboRATE», samt måleverktøyet «The Perceived Involvement Scale» kunne blitt brukt for å undersøke konsultasjonskommunikasjon hos helsepersonell. Som tidligere nevnt kunne måleverktøyet «The Patient Participation Culture Tool (Pa2CT)» blitt brukt for å måle kultur for pasientdeltakelse (Castro et al., 2016).

En annen begrensning i denne studien er å avgjøre hvorvidt og hvordan respondentene forstår begrepene, blant annet, brukermedvirkning, brukerrepresentanter, kultur for brukermedvirkning og brukerundersøkelser. Nettbaserte studier gir lite mulighet for å kontrollere respondentens forståelse og tolkning av spørsmålene (Dalland, 2017). Utvalgsfeil er trolig en svakhet ved studien, og en svakhet en ikke kan kontrollere for. Utvalgsfeil kan ha forekommet ved at de som svarte på spørreundersøkelsen trolig har større kjennskap, og annen holdning til brukermedvirkning, enn de som er registrert som «ikke oppnådd kontakt» (Ringdal, 2013). En økt oppmerksomhet rundt brukermedvirkning kan muligens være en del av bakgrunnen for at noen ansatte velger å svare fremfor andre, og oppgir de svarene de gjør. Dette kan ha sammenheng med at flere studier har undersøkt brukermedvirkning ved utvalgte FLS-er de siste årene (Sagsveen et al., 2018; Sagsveen, Rise, Grønning, Westerlund & Bratås, 2019; Salemonsens et al., 2020), og at flere kjente norske tidsskrift har omtalt og skrevet om brukermedvirkning, blant annet «Norsk tidsskrift for legeforeningen» (Austvoll-Dahlgren, 2013; Rise, 2012) og «Fysioterapeuten» (Jamtland & Hagen, 2015). Økt oppmerksomhet knyttet til brukermedvirkning kan ha styrket bevisstheten rundt brukermedvirkning hos enkelte ansatte og utvalgte FLS-er. En annen typisk svakhet ved spørreundersøkelser er «recall bias», hvor avvik i svaret forekommer i form av underrapportering og/eller overrapportering (Jones, Baxter & Khanduja, 2013). Den enkelte ansatte i FLS kan ubevisst være preget av samfunnets normer om hva som er politisk korrekt, og derfor overrapportere sine holdninger, kunnskap og praksis med brukermedvirkning.

### 6.2.2 Forskningsetiske betraktninger

Ettersom denne studien baserer seg på ferdig innsamlet datamateriale, vil dette ha konsekvenser for undertegnede mulighet til å påvirke. Et ståsted som er preget av avstand til forberedelser, utarbeidelse og gjennomføring av spørreskjema vil medføre en passiv forskerrolle. Hvorvidt en passiv forskerrolle i innsamlingsprosessen er en styrke eller svakhet kan diskuteres. En har for det første ikke mulighet til å påvirke ulike deler av forskningsprosessen som vil ha betydning for resultat og funn, som for eksempel utforming av survey. For det andre har en ikke mulighet til å involvere forskningsobjekter i like stor grad, og sikre medvirkning under prosessen. En fordel er likevel at spørreskjema er utarbeidet av erfarne ansatte ved NTNU. En god dialog med forskerne underveis har gitt mulighet for å være transparent. Forskningsetikk baserer seg på god forskningsmetodisk innsikt der en tilstreber åpenhet og uavhengighet (Kaiser, 2015). Sånn sett har undertegnede en mer objektiv tilnærming til både viktige valg som er tatt, og datamaterialet i analyseprosessen, noe som igjen er avgjørende for studiens funn. Avstanden kan bidra til et kritisk blikk, som kan styrke den vitenskapelige troverdigheten.

### 6.2.3 Validitet og generaliserbarhet

En viktig svakhet med oppgaven er at spørreskjemaet ikke er validert. Målenivået til variablene i spørreskjemaet gjør det, som kjent, ikke mulig å utføre videre reliabilitetsanalyse i form av multivariate analyser som faktoranalyse eller prinsippkompetanseanalyse (Aamodt, Gulbrandsen, Laake, Aavitsland & Bretthauer, 2005). Begrep som «brukermedvirkning», samt «praksis med», «kunnskap om», «holdning til» og «kultur for» brukermedvirkning i FLS blir dermed ikke mulig å validere. Slike samfunnsfaglige begrep er utfordrende å definere og konkretisere (Ajzen, 1991), da

de har et kvalitativt preg og ofte handler om mellommenneskelig aktivitet. Ifølge Garsjø (2018) handler mellommenneskelig aktivitet om noe annet enn faglighet, da det handler om politikk, ideologi og holdninger. En operasjonalisering av begrepene er likevel gjennomført ved det interne reliabilitetsmålet CA (vedlegg 6), der vi ser at *praksis* med brukermedvirkning som helhet og *praksis med brukermedvirkning på individnivå* er de eneste begrepene som har tilfredsstillende intern reliabilitet. Det vil si at de kan tenkes å kunne brukes som mål på disse begrepene i andre studier, men da det ikke er utført validering av begrepene kan en ikke med sikkerhet si at det måler det vi hadde tenkt det skulle måle.

Face value styrker derimot studiens indre validitet i spørreskjemaet. Ansatte ved en utvalgt FLS vurderte fagligheten i spørsmålene, og gikk på denne måten god for det faglige innholdet i surveyen. Den indre validiteten kan videre styrkes av at en har kontroll på mulige bias (Ringdal, 2013). Ettersom dekningsfeil, frafallsfeil og utvalgsfeil kan forekomme, er det foretatt nødvendige forhåndsregler og håndtering i forhold til å gjøre rede for missing values, oppdatere utvalgsrammen, sende ut påminnelsesbrev og oppgi mulige årsaker til at utvalget ble som det ble i denne studien.

Begrepsvaliditet kommer dårlig ut i denne oppgaven da det ikke er utført analyse av begrepene utover reliabilitetsanalysen CA, for å undersøke sammenhengen innad i kategoriene «kunnskap», «holdning» og «praksis». Begrepene som er brukt finner vi derimot i en annen studie (Rise & Steinsbekk, 2016), som kan gi støtte for valg av begrep. En del kunnskapsvariabler i Rise og Steinsbekk (2016) falt under «praksis» i denne studien med bakgrunn i definering. Inndelingen til Rise og Steinsbekk (2016) gir større mening med tanke på et sosialkonstruktivistisk perspektiv på kunnskap. Videre er ikke dette av så stor betydning da ingen av begrepene ble brukt videre som egne kategorier i de statistiske analysene, men delt i enkle variabler, hvilket som nevnt er en svakhet med studien. Ideelt sett ville vi ha foretatt en videre analyse av begrepene dersom flere av spørsmålene i denne surveyen hadde vært utformet på et høyere målnivå. Det at CPQ tidligere er brukt til tilsvarende formål styrker kriterievaliditeten ved denne studien. Det vil si at dette spørreskjemaet er relatert til like måleverktøy. På en annen side er det derimot ikke sagt at den nettbaserte surveyen kan gi predikasjon for fremtiden, da den ikke er validert eller foretatt flere ganger, og kun ser på her og nå.

En konsekvens av en relativt liten populasjon på 530 ansatte i FLS, er at utvalgsstørrelsen blir liten statistisk sett, med kun 172 respondenter, og en svarprosent på 32,5. En liten utvalgsstørrelse gir større feilmarginer på estimatene, og gir dermed en lavere presisjon. Dette kan ha betydning for den eksterne validiteten for resultatene (Ringdal, 2013). En nettbasert survey gjør det vanskelig å oppnå høy svarprosent, og gir ikke mulighet for å kontrollere om riktig person har besvart spørsmålene (Dalland, 2017). Innhenting av data kan ha bidratt til dekningsfeil, da det er utsendt mail til enkelte kontaktpersoner ved hver FLS, og en slik via-via-innhenting kan øke sannsynligheten for redusert innsendte svar. De som har et forhold til brukermedvirkning fra før kan, som nevnt, ha lettere for å svare på undersøkelsen, noe som igjen vil påvirke den eksterne validiteten. Da studien tar for seg ansatte i FLS og FLS som organisasjon, vil ikke resultatene være gyldig for den øvrige befolkningen, eller nødvendigvis andre helseforetak med en annen sammensetning av ansatte og brukergrupper. Det er viktig å påpeke at resultatene, i denne studien, er de ansattes subjektive opplevelse av virkeligheten. Resultatene må derfor tolkes med forsiktighet, og taes med i vurderingen når en eventuelt tar dem med ut i praksisfeltet. Hvorvidt funnene i denne studien kan

generaliseres til hele populasjonen av ansatte i FLS, må kritisk vurderes med bakgrunn i en potensiell svak intern- og ekstern validitet. Denne studien har ikke tatt høyde for potensielle endringer i FLS som følge av fylkessammenslåing utført i 2020, eller pandemien med Coronavirus Disease 2019 (Covid-19). Dog er det heller ikke tatt høyde for om FLS-er er lagt ned eller etablert utover innsamlingsperioden av data (januar-mai 2019) og oppdatering av utvalgsramme (januar-august 2019).

## 7.0 Konklusjon og implikasjon for videre praksis i FLS

Til tross for at brukermedvirkning er lovpålagt, vil flere faktorer spille inn på hvorvidt brukermedvirkning blir implementert i praksis. Implementering av brukermedvirkning tar tid, og krever endring av blant annet organisasjonskultur og ansattes holdninger. Denne studien ville derfor undersøke hvor langt samtlige FLS-er i Norge hadde kommet med å implementere brukermedvirkning i praksis, og videre kartlegge ansattes opplevelse av kultur for, holdninger til og kunnskap om brukermedvirkning. Studien viser oss at majoriteten av FLS-er i Norge praktiserer brukermedvirkning på individnivå, men sjeldnere på systemnivå. De fleste ansatte har hørt eller lest om brukermedvirkning i FLS' nasjonale føringer. Majoriteten av ansatte har også positive holdninger til brukermedvirkning, og opplever kulturen for brukermedvirkning ved sin FLS som både god og dårlig. Når det gjelder ansattes holdninger til brukermedvirkning viser det seg at de har sammenheng med ansattes ansiennitet, men ikke med alder, ledelse, kjønn eller opplevelse av kultur for brukermedvirkning i FLS.

Ut ifra resultatene om lavere grad av praksis for brukermedvirkning på systemnivå, sammenlignet med individnivå, kan en sette spørsmålstegn ved om det trengs tydeligere retningslinjer eller prosedyrer for å involvere brukerorganisasjoner og brukerrepresentanter i FLS. En detaljert veileder for hvordan en involverer og honorerer brukerrepresentanter i utforming ved den enkelte FLS, kan være en løsning for å sikre kontinuerlig arbeid med brukermedvirkning på systemnivå. Tiltak for å styrke kulturen for brukermedvirkning, og videre praksis med brukermedvirkning både på individ- og systemnivå i FLS, kan også være å øke kunnskap gjennom strukturerte undervisningsopplegg og kurs på arbeidsplassen i felleskap med ledelsen. Implikasjon for videre forskning er ytterligere studier som undersøker hvorvidt organisasjonsfaktorer har sammenheng med ansattes holdninger til, kultur for og praksis med brukermedvirkning i FLS, samt forskjeller på tvers av fylker i Norge. I tillegg kan det være interessant å undersøke hvilken påvirkning Covid-19 kan ha hatt på brukermedvirkning i FLS.

## Referanser

- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, Personality and Behavior*. Maidenhead: McGraw-Hill International UK Ltd.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1975). A Bayesian analysis of attribution processes. *Psychological Bulletin*, 82, 261-277. <https://doi.org/10.1037/h0076477>
- Andreassen, T. (2009). The consumerism of 'voice' in Norwegian health policy and its dynamics in the transformation of health services. *Public Money & Management - PUBLIC MONEY MANAGE*, 29, 117-122. <https://doi.org/10.1080/09540960902768012>
- Angel, S. & Frederiksen, K. N. (2015). Challenges in achieving patient participation: A review of how patient participation is addressed in empirical studies. *International Journal of Nursing Studies*, 52(9), 1525-1538. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.04.008>
- Austvoll-Dahlgren, A. (2013). Pasientmedvirkning - hvorfor? *Tidsskrift Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0533>
- Bahus, M. K. (2019). Brukermedvirkning i helsetjenesten. Hentet fra [https://snl.no/brukermedvirkning\\_i\\_helsetjenesten](https://snl.no/brukermedvirkning_i_helsetjenesten)
- Bakke, T. (2009). Brukermedvirkning på tre ulike nivå. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukermedvirkning/brukermedvirkning-pa-tre-ulike-niva>
- Bang, H. (2013). Organisasjonskultur; en begrepsavklaring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(4), 326-336. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2013/04/organisasjonskultur-en-begrepsavklaring>
- Bennetts, W., Cross, W. & Bloomer, M. (2011). Understanding consumer participation in mental health: Issues of power and change. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(3), 155-164. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00719.x>
- Bjerkan, J. & Hollingen, A. (2009). Helse Midt-Norge – E-læring for Individuell plan: Brukermedvirkning. Hentet fra <http://kurs.helsekompetanse.no/plan/3320>
- Butler, C. & Greenhalgh, T. (2010). What is Already known about Involving Users in Service Transformation? I T. Greenhalgh, C. Humphrey & F. Woodard (Red.), *User involvement in health care* (s. 10-27). Oxford, UK: Oxford, UK: Wiley Blackwell.
- Campbell, M. J., Walters, S. J. & Machin, D. (2007). *Medical statistics : a textbook for the health sciences* (4. utg.). Chichester, England ; Hoboken, N.J.: Wiley.
- Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W. & Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*, 99(12), 1923-1939. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>
- Chewning, B., Bylund, C. L., Shah, B., Arora, N. K., Gueguen, J. A. & Makoul, G. (2012). Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Patient Educ Couns*, 86(1), 9-18. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.02.004>
- Conly, S. (2013). Coercive Paternalism in Health Care: Against Freedom of Choice. *Public Health Ethics*, 6(3), 241-245. <https://doi.org/10.1093/phe/pht025>
- Coulter, A. (2006). *Engaging patients in their healthcare*. Picker Institute Europe.
- Crawford, M. J., Rutter, D., Manley, C., Weaver, T., Bhui, K., Fulop, N. & Tyrer, P. (2002). Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *BMJ*, 325(7375), 1263. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7375.1263>



- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Davies, E. & Cleary, P. D. (2005). Hearing the patient's voice? Factors affecting the use of patient survey data in quality improvement. *Quality and Safety in Health Care*, 14(6), 428. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.012955>
- Dawes, M., Summerskill, W., Glasziou, P., Cartabellotta, A., Martin, J., Hopayian, K., ... Osborne, J. (2005). Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Med Educ*, 5(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-5-1>
- Domecq, J. P., Prutsky, G., Elraiayah, T., Wang, Z., Nabhan, M., Shippee, N., ... Murad, M. H. (2014). Patient engagement in research: a systematic review. *BMC Health Serv Res*, 14, 89. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-89>
- Edgar, H. S. (2004). *Organizational culture and leadership* (3. utg.) United States: Jossey Bass Ltd.
- Ekeland, T.-J. (2010). *Psykologi for sosial- og helsefagene* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademiske.
- Elwyn, G., Coulter, A., Laitner, S., Walker, E., Watson, P. & Thomson, R. (2010). Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ*, 341. <https://doi.org/10.1136/bmj.c5146>
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., ... Barry, M. (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361-1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- Elwyn, G., Frosch, D. L. & Kobrin, S. (2016). Implementing shared decision-making: consider all the consequences. *Implement Sci*, 11, 114. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0480-9>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Helsetilstanden i Norge 2018*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/helsetilstanden-i-norge-20182.pdf>
- forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>
- Gagliardi, A. R., Lemieux-Charles, L., Brown, A. D., Sullivan, T. & Goel, V. (2008). Barriers to patient involvement in health service planning and evaluation: an exploratory study. *Patient Educ Couns*, 70(2), 234-241. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.09.009>
- Garsjø, O. (2018). *Forebyggende og helsefremmende arbeid : fra individ- til systemorientert tenkning og praksis*. Oslo: Gyldendal.
- Grant, J. (2007). The Participation of Mental Health Service Users in Ontario, Canada: A Canadian Application of the Consumer Participation Questionnaire. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(2), 148-158. <https://doi.org/10.1177/0020764006074557>
- Helse Sør-Øst. (2017). *Brukermedvirkning på systemnivå i helseforetakene*. Vedtatt i styremøte Helse Sør-Øst RHF 27. april 2017, sak 043-2017 Hentet fra <https://www.ffe.no/globalassets/felles-retningslinjer---tilpasset-helse-sor-ost-rhf.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Brukermedvirkning*. Regjeringen. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/prioriterte-utviklingsomrader/brukermedvirkning/id536803/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Brukermedvirkning*. Regjeringen. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/krd/tema-og-redaksjonelt-innhold/kampanjesider/2007/kvalitetskommuneprogrammet/verktoykasse/brukermedvirkning/brukermedvirkning/id582859/>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013a). *Folkehelsemeldingen - God helse felles ansvar* (Meld. St. 34 (2012–2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013b). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Meld. St. 26 (2014-2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/?ch=1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Nasjonale helse- og sykehusplan (2016-2019)* (Meld. St. 11 (2015-2016)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>
- helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m* (LOV-2011-06-24-30). Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3)
- Helsedirektoratet. (2016). Hva er en frisklivssentral? Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler/hva-er-en-frisklivssentral>
- Helsedirektoratet. (2017a). *Brukermedvirkning*. Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
- Helsedirektoratet. (2017b). *Etablering og organisering av frisklivssentraler*. Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler/etablering-og-organisering-av-frisklivssentraler>
- Helsedirektoratet. (2019). *Veileder for kommunale frisklivssentraler*. Helsedirektoratet. Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/\\_/attachment/inline/7cbef5d9-65ee-468d-b8a0-786746db7d2f:8807af537bb3231311db2fb7df9333566848f10a/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/7cbef5d9-65ee-468d-b8a0-786746db7d2f:8807af537bb3231311db2fb7df9333566848f10a/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.pdf)
- helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2)
- Hjerm, M., Lindgren, S. & Blomgren, E. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig analyse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Høiseth, J. R., Bjørgen, D., Johansen, K. J. & Kvisle, I. (2015). *Brukermedvirkning og brukerinvolvering*. Hentet fra <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2444808/BM227.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Illich, I. & Hoff, T. (1975). *Medisinsk nemesis* (bd. 335). Oslo: Gyldendal.
- Jamtland, G. & Hagen, K. B. (2015). Brukermedvirkning og kunnskapsbasert praksis. Hentet fra <https://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Brukermedvirkning-og-kunnskapsbasert-fysioterapi>
- Jones, T., Baxter, M. & Khanduja, V. (2013). A quick guide to survey research. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 95(1), 5-7. <https://doi.org/10.1308/003588413x13511609956372>
- Jorgensen, M. J., Pedersen, C. G., Martin, H. M. & Lomborg, K. (2019). Implementation of patient involvement methods in the clinical setting: A qualitative study exploring the health professional perspective. *J Eval Clin Pract.* <https://doi.org/10.1111/jep.13217>

- Kaiser, M. (2015). Forskningens verdier. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Systematiske-og-historiske-perspektiver/Forskningens-verdier/>
- Kent, H. & Read, J. (1998). Measuring Consumer Participation in Mental Health Services: Are Attitudes Related To Professional Orientation? *International Journal of Social Psychiatry*, 44(4), 295-310. <https://doi.org/10.1177/002076409804400406>
- Kortteisto, T., Laitila, M. & Pitkanen, A. (2018). Attitudes of mental health professionals towards service user involvement. *Scand J Caring Sci*, 32(2), 681-689. <https://doi.org/10.1111/scs.12495>
- Légaré, F., Ratté, S., Gravel, K. & Graham, I. D. (2008). Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Educ Couns*, 73(3), 526-535. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.07.018>
- Légaré, F., Stacey, D., Turcotte, S., Cossi, M. J., Kryworuchko, J., Graham, I. D., ... et al. (2014). Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006732.pub3>
- Lorig, K. R., Ritter, P., Stewart, A. L., Sobel, D. S., Brown, B. W., Jr., Bandura, A., ... Holman, H. R. (2001). Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Med Care*, 39(11), 1217-1223. <https://doi.org/10.1097/00005650-200111000-00008>
- Malt, U. (2018). Face validity. Hentet fra [https://snl.no/face\\_validity](https://snl.no/face_validity)
- McCann, T. V., Clark, E., Baird, J. & Lu, S. (2008). Mental health clinicians' attitudes about consumer and consumer consultant participation in Australia: A cross-sectional survey design. *Nursing & Health Sciences*, 10(2), 78-84. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00388.x>
- Mulley, A., Trimble, C. & Elwyn, G. (2012). *Patients' preferences matter. Stop the silent misdiagnosis*. London: The King's Fund.
- Nathan, S., Harris, E., Kemp, L. & Harris-Roxas, B. (2006). Health service staff attitudes to community representatives on committees. *J Health Organ Manag*, 20(6), 551-559. <https://doi.org/10.1108/14777260610702299>
- Nathan, S., Johnston, L. & Braithwaite, J. (2011). The role of community representatives on health service committees: staff expectations vs. reality. *Health Expectations*, 14(3), 272-284. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2010.00628.x>
- NOU 1997:2. (1997). *Pasienten først! - Ledelse og organisering i sykehus*. Regjeringen. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-2/id140689/>
- NOU 2018:16. (2018). *Det viktigste først — Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-16/id2622153/>
- Omeni, E., Barnes, M., MacDonald, D., Crawford, M. & Rose, D. (2014). Service user involvement: impact and participation: a survey of service user and staff perspectives. *BMC Health Services Research*, 14(1), 491. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0491-7>
- pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient-%20og%20brukerrettighet>
- Phillips, N. M., Street, M. & Haesler, E. (2016). A systematic review of reliable and valid tools for the measurement of patient participation in healthcare. *Bmj Quality & Safety*, 25(2), 110-117. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004357>

- Pripp, A. H. (2018). Pearsons eller Spearmans korrelasjonskoeffisient. *Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0042>
- Regional committees for medical and health research ethics. (2018). Lover og Regler. Hentet fra [https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/loverogregler?p\\_dim=34770](https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/loverogregler?p_dim=34770)
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Rise, M. B. (2012). Mer brukermedvirkning? *Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.0620>
- Rise, M. B., Grimstad, H., Solbjørg, M. & Steinsbekk, A. (2011). Effect of an institutional development plan for user participation on professionals' knowledge, practice, and attitudes. A controlled study. *BMC Health Serv Res*, 11, 296. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-296>
- Rise, M. B., Solbjør, M., Lara, M., Westerlund, H., Grimstad, H. & Steinsbekk, A. (2013). Same description, different values. How service users and providers define patient and public involvement in health care. *Health Expect*, 16(3), 266-276. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00713.x>
- Rise, M. B. & Steinsbekk, A. (2015). Does implementing a development plan for user participation in a mental hospital change patients' experience? A non-randomized controlled study. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care & Health Policy*, 18(5), 809-825. <https://doi.org/10.1111/hex.12105>
- Rise, M. B. & Steinsbekk, A. (2016). Long Term Effect on Professionals' Knowledge, Practice and Attitudes towards User Involvement Four Years after Implementing an Organisational Development Plan: A Controlled Study. *PLOS ONE*, 11(3), e0150742. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150742>
- Raaheim, K., Nielsen, G. H. & Skår, A. (1997). *En innføringsbok i psykologi for universiteter og høyskoler*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B. & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Sagsveen, E., Rise, M. B., Grønning, K. & Bratås, O. (2018). Individual user involvement at Healthy Life Centres: a qualitative study exploring the perspective of health professionals. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13(1), 1492291. <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1492291>
- Sagsveen, E., Rise, M. B., Grønning, K., Westerlund, H. & Bratås, O. (2019). Respect, trust and continuity: A qualitative study exploring service users' experience of involvement at a Healthy Life Centre in Norway. *Health Expectations*, 22(2), 226-234. <https://doi.org/10.1111/hex.12846>
- Salemonsens, E., Førland, G., Hansen, B. S. & Holm, A. L. (2020). Understanding beneficial self-management support and the meaning of user involvement in lifestyle interventions: a qualitative study from the perspective of healthcare professionals. *BMC Health Services Research*, 20(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4951-y>
- Sarrami-Foroushani, P., Travaglia, J., Debono, D. & Braithwaite, J. (2014). Implementing strategies in consumer and community engagement in health care: results of a large-scale, scoping meta-review. *BMC Health Serv Res*, 14, 402. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-402>
- Schein, E. H. (1984). Coming to a New Awareness of Organizational Culture. *Sloan Management Review*, 25, 3-14. Hentet fra <https://s3.amazonaws.com/mbs->

[thread/pdf\\_attachments/documents/14727/original/Pre-reading - Schein - Coming to a new awareness of organisational culture - 1984.pdf](https://doi.org/10.1080/17445019.2019.1644444)

- Schiøtz, A. (2003). *Folkets helse - landets styrke 1850-2003* (bd. B. 2). Oslo: Universitetsforlaget.
- Setia, M. S. (2016). Methodology Series Module 3: Cross-sectional Studies. *Indian J Dermatol*, 61(3), 261-264. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.182410>
- Sibitz, I., Swoboda, H., Schrank, B., Priebe, S. & Amering, M. (2008). Mental health service user involvement in therapeutic and service delivery decisions: professional service staff appear optimistic]. *Psychiatrische Praxis*, 35, 128-134. <https://doi.org/10.1055/s-2007-986231>
- Slomic, M., Christiansen, B., Soberg, H. L. & Sveen, U. (2016). User involvement and experiential knowledge in interprofessional rehabilitation: a grounded theory study. *BMC Health Services Research*, 16(1), 547. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1808-5>
- Smith, P., Farmer, M. & Yellowley, W. (2012). *Organizational Behaviour*. London: Routledge.
- Snyder, H. & Engstrom, J. (2016). The antecedents, forms and consequences of patient involvement: A narrative review of the literature. *Int J Nurs Stud*, 53, 351-378. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.09.008>
- Soffe, J., Read, J. & Frude, N. (2004). A survey of clinical psychologists' views regarding service user involvement in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13(6), 583-592. <https://doi.org/10.1080/09638230400017020>
- Solbjoer, M. & Steinsbekk, A. (2011). Patient participation in hospital wards-health personnel's experience. *Tidsskrift Norsk Legeforening*, 131(2), 130-131. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.0471>
- Storm, M., Hausken, K. & Knudsen, K. (2011). Inpatient service providers' perspectives on service user involvement in Norwegian community mental health centres. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(6), 551-563. <https://doi.org/10.1177/0020764010371270>
- Storm, M., Hausken, K. & Mikkelsen, A. (2010). User involvement in in-patient mental health services: operationalisation, empirical testing, and validation. *Journal of Clinical Nursing*, 19(13-14), 1897-1907. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03036.x>
- Storm, M., Knudsen, K., Davidson, L., Hausken, K. & Johannessen, J. O. (2011). "Service user involvement in practice": The evaluation of an intervention program for service providers and inpatients in Norwegian Community Mental Health Centers. *Psychosis*, 3(1), 29-40. <https://doi.org/10.1080/17522439.2010.501521>
- Svardal, F. (2018). Holdning. Hentet fra <https://snl.no/holdning>
- Svardal, F. (2019). Korrelasjon. Hentet fra [https://snl.no/korrelasjon\\_-\\_psykologi](https://snl.no/korrelasjon_-_psykologi)
- Svendsen, L. F. H. (2018). Praksis. Hentet fra <https://snl.no/praksis>
- Svensson, E. (1983). *Elementær statistikk : for helse- og sosialfag, medisin, psykologi, sosiologi og biologi*. Oslo: Tiden.
- Sylte, A. L. & Keeping, D. (2016). *Profesjonspedagogikk: profesjonsretting/yrkesretting av pedagogikk og didaktikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tempfer, C. B. & Nowak, P. (2011). Consumer participation and organizational development in health care: a systematic review. *Wiener klinische Wochenschrift*, 123(13), 408-414. <https://doi.org/10.1007/s00508-011-0008-x>
- Wiig, S., Storm, M., Aase, K., Gjesten, M. T., Solheim, M., Harthug, S., ... Fulop, N. (2013). Investigating the use of patient involvement and patient experience in quality

- improvement in Norway: rhetoric or reality? *BMC Health Serv Res*, 13, 206.  
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-206>
- Williamson, L. (2014). Patient and citizen participation in health: the need for improved ethical support. *Am J Bioeth*, 14(6), 4-16.  
<https://doi.org/10.1080/15265161.2014.900139>
- Aamodt, G., Gulbrandsen, P., Laake, P., Aavitsland, P. & Bretthauer, M. (2005). Presentasjon av statistiske analyser i Tidsskriftet. Hentet 25.08 2005 fra  
<https://tidsskriftet.no/2005/08/oversiktsartikkel/presentasjon-av-statistiske-analyser-i-tidsskriftet>

# Vedlegg

Vedlegg 1 – Vurdering ved Norsk Senter for forskningsdata

Vedlegg 2 – Informasjonsskriv vedlagt survey

Vedlegg 3 – Nettbasert survey

Vedlegg 4 – Informasjon til kontaktperson ved FLS

Vedlegg 5 – Påminnelsesbrev

Vedlegg 6 – Begrepskategorisering og Cronbachs alfa

## **Vedlegg 1 – Vurdering ved Norsk Senter for forskningsdata**

### **Prosjekttittel**

Brukermedvirkning i i frisklivssentraler - en nasjonal survey

### **Referansenummer**

899205

### **Registrert**

07.09.2018 av Ola Bratås - ola.bratas@ntnu.no

### **Behandlingsansvarlig institusjon**

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet NTNU / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

### **Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Ola Bratås, ola.bratas@ntnu.no, tlf: 90578969

### **Type prosjekt**

Forskerprosjekt

### **Prosjektperiode**

01.01.2019 - 31.12.2021

### **Status**

29.11.2018 - Vurdert

### **Vurdering (1)**

---

#### **29.11.2018 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 29.11.2018 samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### **MELD ENDRINGER**

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

#### **TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2021.



## LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

## PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

## FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). SelectSurvey er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

## OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis og ved planlagt avslutning for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lasse Raa

Tlf. personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## Vedlegg 2 – Informasjonsskriv vedlagt spørreundersøkelse



TIL DEG SOM ER ANSATT I FRISKLIVSSENTRAL

Vil du delta i forskningsprosjektet «Brukermedvirkning i frisklivssentraler?»  
[Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt om brukermedvirkning i norske frisklivssentraler. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.](#)

### Formål

Formålet med studien er å kartlegge ansattes kunnskaper, holdninger, erfaringer og opplevelser med å involvere brukerne ved norske frisklivssentraler. Studien har en varighet på tre år og skal samle data både til forsknings- og mastergradsprosjekter. Prosjektet finansieres av Norges Forskningsråd og Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet (NTNU), Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Ansvarlig for prosjektet er NTNU, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Basert på Helsedirektoratets oversikt over samtlige frisklivssentraler i Norge, vil alle faglig ansatte som jobber ved en frisklivssentral bli forespurt om å delta i studien.

[Hva innebærer det for deg å delta?](#)

Hvis du velger å delta i studien, innebærer det at du fyller ut et elektronisk spørreskjema. Det tar omtrent 20 minutter å besvare undersøkelsen. Spørreskjemaet inneholder spørsmål om dine kunnskaper, holdninger, erfaringer og opplevelser med å involvere brukere i utforming av tjenestene ved norske frisklivssentraler. Dine svar fra spørreskjemaet blir registrert elektronisk.

Det er frivillig å delta

Ved at du sender inn spørreskjemaet gir du samtidig ditt samtykke til å delta i undersøkelsen. Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du 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.

Kun prosjektgruppen ved NTNU, herunder student og veileder, vil ha tilgang til personinformasjon og datamateriell.

For å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysninger og data, blir det opprettet en elektronisk prosjektmappe som bare prosjektgruppen gjennom brukernavn og passord har adgang til.

Bearbeiding og lagring av innsamlede data ivaretas av IT-seksjonens system for spørreundersøkelser på nett (SelectSurvey) ved NTNU.  
Innsamlede data vil bli brukt til statistiske analyser, og resultatene vil ikke inneholde informasjon som kan identifisere svar fra enkeltpersoner.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?  
Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.12.2021. Alt datamateriell blir anonymisert ved prosjektets avslutning.

#### 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 NTNU, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, 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?

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

NTNU, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, v/ prosjektleder Ola Bratås ([ola.bratas@ntnu.no](mailto:ola.bratas@ntnu.no))/tlf.90578969 eller prosjektmedarbeider Kjersti Grønning ([kjersti.gronning@ntnu.no](mailto:kjersti.gronning@ntnu.no))/tlf.47305342

Vårt personvernombud Thomas Helgesen v/NTNU ([thomas.helgesen@ntnu.no](mailto:thomas.helgesen@ntnu.no))/tlf.: 93079038).

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personvernombudet@nsd.no](mailto:personvernombudet@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Vennlig hilsen

Ola Bratås, Prosjektansvarlig, NTNU/Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

## Vedlegg 3 – Nettbasert survey

### SPØRRESKJEMA OM BRUKERMEDVIRKNING I FRISKLIVSSENTRALER

Del A:

Her er noen spørsmål om hvordan du opplever brukermedvirkning på din arbeidsplass. Vi vil gjerne vite om dine erfaringer med og holdninger til brukermedvirkning. Vennligst besvar spørsmålene ut fra de erfaringer du har gjort deg i den perioden du selv har arbeidet ved frisklivssentralen. Du svarer slik du selv oppfatter spørsmålet, det er ingen riktige eller gale svar. Sett ett kryss ved hvert spørsmål dersom ikke annet er angitt.

1. Har du hørt eller lest noe om brukermedvirkning i nasjonale føringer som gjelder for frisklivssentraler?

Ja             Nei

2. Har frisklivssentralen en klageordning for deltagerne?

Ja             Nei             Vet ikke

3. Hvis ja: vurderer du denne ordningen som enkel å bruke for deltagerne – dvs. er den på et enkelt språk og er fremgangsmåten godt forklart?

Ja             Nei             Vet ikke

4. Blir deltagerne informert om at de har innsynsrett i egen journal?

Ja             Nei             Vet ikke

5. Blir deltagerne informert om at opplysningene i journalen er konfidensielle?

Ja             Nei             Vet ikke

6. Hvor mener du ansvaret ligger for å bestemme deltagerens mål i frisklivssentralen?

Utelukkende hos deltageren  
 Mest hos deltageren og litt hos helsearbeideren  
 Halvparten hos deltageren og halvparten hos helsearbeideren  
 Mest hos helsearbeideren og litt hos deltageren  
 Utelukkende hos helsearbeideren

7. Innhenter du innspill fra deltagerne i planlegging av tilbudet ved frisklivssentralen?

Ja             Nei             Vet ikke

8. Innhenter frisklivssentralen innspill fra brukerorganisasjonene i planlegging av tjenestene?

Ja             Nei             Vet ikke

9. Gjennomfører din frisklivssentral brukerundersøkelser av tjenestene som dere tilbyr?

Ja             Nei             Vet ikke

10. Blir brukere involvert i avgjørelser angående ansettelse ved frisklivssentralen?

Ja             Nei             Vet ikke

11. Hva ser du som de viktigste årsakene til at deltagerne ved frisklivssentralen eventuelt ikke ønsker å være involvert i brukermedvirkning?

(Sett ett eller flere kryss)

- For sårbare
- Mangel på selvtillit
- Mangel på muligheter og kunnskaper
- Mangel på motivasjon
- Stoler på at ansatte tar riktige beslutninger på vegne av dem
- Mangel på tillit til tjenestenes evne til å gi hjelp
- Ønsker ikke å ha videre kontakt etter perioden ved frisklivssentralen
- Andre årsaker: \_\_\_\_\_

12. Hvordan tror du frisklivssentraler ville endre seg dersom deltagerne var involvert i planlegging, gjennomføring og evaluering av tjenestene?

Mye bedre     Litt bedre     Ingen endring     Litt verre     Mye verre

13. Hvilke mulige utfall ser du for deg dersom deltagerne ble involvert i planlegging, gjennomføring og evaluering av tjenestene?

(Sett ett eller flere kryss)

- Forbedring av tjenesten og utførelsen
  - Mindre utbrenthet og stress blant de ansatte
  - Større sjanse for at deltagerne ville få utbytte av tjenesten fra starten av
  - Mindre sjanse for at deltagerne stadig kommer tilbake i håp om å finne hjelp
  - Forringing av tjenesten og utførelsen
  - Mer utbrenthet og stress blant de ansatte
  - Deltageres deltagelse ville bare ha symbolverdi for de ansatte
  - Deltagerne ville ikke forstå språket som blir brukt, og derfor finne det vanskelig å komme med innspill
- Andre muligheter: \_\_\_\_\_

14. Har frisklivssentralen et brukerråd?

Ja             Nei             Vet ikke

15. Har frisklivssentralen representanter eller tillitsvalgte på vegne av deltagerne?

Ja             Nei             Vet ikke

16. Hvordan synes du kulturen er for brukermedvirkning ved frisklivssentralen?

- Svært dårlig  Ganske dårlig  Både og  Ganske bra  Svært bra

17. Har du nok tid til at brukermedvirkning ivaretas?

- Ja  Nei

18. Gir du deltagerne informasjon om aktuelle selvhjelpsgrupper og brukerorganisasjoner?

- Ja  Nei

19. Honorerer frisklivssentralen brukerrepresentanter som deltar i planlegging og utforming av tjenestene?

- Ja  Nei  Vet ikke

Del B:

Her er noen spørsmål om deg og din arbeidssituasjon, og noen spørsmål om frisklivssentralen der du jobber.

Kjønn:

- Mann  Kvinne

Alder

- 18-29 år  
 30-39 år  
 40-49 år  
 50-59 år  
 > 60 år

Hvilken yrkesgruppe tilhører du?

- Fysioterapeut  
 Sykepleier  
 Ergoterapeut  
 Psykolog  
 Pedagog  
 Ernæringsfysiolog  
 Annet helse-/sosialfag  
 Annet: \_\_\_\_\_

4. Hva er ditt høyeste utdanningsnivå?

- Videregående skole  
 Bachelorgrad  
 Mastergrad  
 Doktorgrad

5. Har du en lederstilling med personalansvar ved frisklivssentralen?

- Ja  Nei

6.Hvor lenge har du vært ansatt ved frisklivssentralen?

- < 2 år
- 2-4 år
- > 5 år

7.Hvor stor stillingsprosent har du ved frisklivssentralen?

- 20-30%
- 40-50%
- 60-70%
- 80-90%
- 100%

8.Hvor mange innbyggere dekker din frisklivssentral?

- 200-1349
- 1350-4999
- 5000-9999
- 10000-19999
- 20000-49999
- 50000-200000
- >200000

9.Hvilke type tilbud finnes ved din frisklivssentral?

(Sett ett eller flere kryss)

- Frisklivsresept (fysisk aktivitet, kosthold og tobakk)
- Ulike typer lærings- og mestringstilbud

10.Er ulike lærings- og mestringskurs integrert som en del av tilbudet ved din frisklivssentral?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

11.Samarbeider din frisklivssentral med frisklivssentraler i andre kommuner?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

12.Hvis ja, på hvilke følgende områder samarbeider din frisklivssentral med andre frisklivssentraler? (Sett ett eller flere kryss)

- Samarbeid for å utvikle nye tilbud
- Samarbeid for å gjennomføre felles kurs
- Samarbeid om internundervisning og fagutvikling

## **Vedlegg 4 – Informasjon til kontaktperson ved FLS**

### SPØRREUNDERSØKELSE OM BRUKERMEDVIRKNING I FRISKLIVSSENTRALER

#### TIL DEG SOM ER KONTAKTPERSON VED FRISKLIVSSENTRALEN

Om kort tid vil du motta en mail med link til en elektronisk spørreundersøkelse om brukermedvirkning i frisklivssentraler. Hensikten med undersøkelsen er å kartlegge ansattes erfaringer, kunnskap og holdninger til brukermedvirkning. Ansvarlig for undersøkelsen er Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet (NTNU), Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie.

Undersøkelsen omfatter faglig ansatte og ledere ved alle landets frisklivssentraler. Når du mottar mailen, ber vi deg derfor om at den blir videresendt til alle faglig ansatte ved din frisklivssentral. Nærmere informasjon om studien, herunder samtykke og anonymitet, vil bli lagt ved.

For å få en oversikt over antall ansatte totalt, hadde det vært fint om du innen 18.01.19 svarer på denne mailen ved å oppgi hvor mange faglig ansatte det er ved din frisklivssentral.

På forhånd tusen takk.

Med vennlig hilsen

Ola Bratås

Prosjektleder

NTNU

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Mobil: +4790578969

e-mail: ola.bratas@ntnu.no



## Vedlegg 5 – Påminnelsesbrev

Spørreundersøkelse om brukermedvirkning i frisklivssentraler - PÅMINNELSE

Kjære kontaktperson/frisklivsansatt

I slutten av januar mottok du en invitasjon til å delta i en nasjonal spørreundersøkelse om brukermedvirkning i frisklivssentraler. Er du kontaktperson, vennligst videresend denne meldingen til de faglig ansatte ved frisklivscentralen.

Hvis du allerede har svart på undersøkelsen, takker vi for hjelpen. Da kan du se bort fra denne påminnelsen. Men hvis du ikke har svart ennå, håper vi du også vil svare. Vi trenger flere svar for å få pålitelig kunnskap om ansattes opplevelser, kunnskap og holdninger til brukermedvirkning. Høy svarprosent er viktig for et bredt og godt underlag for undersøkelsen. Deltakelse er frivillig og du kan når som helst trekke deg uten at det får noen konsekvenser for deg.

Ansvarlig for undersøkelsen er Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet (NTNU), Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie og den finansieres av Norges Forskningsråd.

Om du har spørsmål til undersøkelsen eller problemer med å fylle ut skjemaet, vennligst kontakt prosjektleder Ola Bratås ([ola.bratas@ntnu.no](mailto:ola.bratas@ntnu.no)) eller prosjektmedarbeider Kjersti Grønning ([kjersti.gronning@ntnu.no](mailto:kjersti.gronning@ntnu.no)).

Tusen takk for ditt bidrag!

Her er lenken til spørreskjemaet:

#SurveyLink#

Med vennlig hilsen

Ola Bratås  
Prosjektleder  
NTNU  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie  
Mobil: +4790578969  
e-mail: [ola.bratas@ntnu.no](mailto:ola.bratas@ntnu.no)

## Vedlegg 6 – Begrepskategorisering og Cronbachs alfa

Tabell 4: Begrepskategorisering og Cronbachs alfa (vedlegg 6)

Variabler	Cronbachs alfa
<b>Kunnskap</b>	-0.346
1. Har du hørt eller lest noe om brukermedvirkning i nasjonale føringer som gjelder for frisklivssentraler?	
17. Har du nok tid til at brukermedvirkning ivaretas?	
<b>Praksis</b>	0.802 / *0.732 / **0.544
*2. Har frisklivssentralen en klageordning for deltagerne?	
*3. Hvis ja på "Har frisklivssentralen en klageordning for deltagerne?": vurderer du denne ordningen som enkel å bruke for deltagerne – dvs. er den på et enkelt språk og er fremgangsmåten godt forklart?	
*4. Blir deltagerne informert om at de har innsynsrett i egen journal?	
*5. Blir deltagerne informert om at opplysningene i journalen er konfidensielle?	
*7. Innhenter du innspill fra deltagerne i planlegging av tilbudet ved frisklivssentralen?	
**8. Innhenter frisklivssentralen innspill fra brukerorganisasjonene i planlegging av tjenestene?	
**9. Gjennomfører din frisklivssentral brukerundersøkelser av tjenestene som dere tilbyr?	
**10. Blir brukere involvert i avgjørelser angående ansettelser ved frisklivssentralen?	
**14. Har frisklivssentralen et brukerråd?	
**15. Har frisklivssentralen representanter eller tillitsvalgte på vegne av deltagerne?	
*18. Gir du deltagerne informasjon om aktuelle selvhjelpsgrupper og brukerorganisasjoner?	
**19. Honorerer frisklivssentralen brukerrepresentanter som deltar i planlegging og utforming av tjenestene?	
<b>Holdninger</b>	^Spm 6-12-16: -0.028
6. Hvor mener du ansvaret ligger for å bestemme deltagerens mål i frisklivssentralen?	
11. Hva ser du som de viktigste årsakene til at deltagerne ved FLS ikke ønsker å være	

involvert i brukermedvirkning (sett flere kryss)?	
12. Hvordan tror du frisklivssentraler ville endre seg dersom deltagerne var involvert i planlegging, gjennomføring og evaluering av tjenestene?	
13. Hvilke mulige utfall ser du for deg dersom deltagerne er involvert i planlegging, gjennomføring og evaluering av tjenestene (sett flere kryss)?	
16. Hvordan synes du kulturen er for brukermedvirkning ved din frisklivssentral?	

Merknad: \*Praksis med brukermedvirkning på individnivå \*\*Praksis med brukermedvirkning på systemnivå. ^SPSS lot ikke flersvarsspørsmål inkluderes i CA