

# Tjenestemottakers mulighet for medvirkning i kvalitetsutviklingen innen norsk fødselsomsorg

---



Kristina Sundt Eriksen  
Desember 2011  
Masteroppgave i helse og sosial med fokus på brukerperspektiv  
Institutt for helsefag  
Universitetet i Stavanger

**UNIVERSITETET I STAVANGER**

**MASTERGRADSSTUDIUM I  
HELSE – OG SOSIALFAG MED FORKUS PÅ BRUKERPERSPEKTIV**

**MASTEROPPGAVE**

**SEMESTER:**

**Høst 2011**

---

**FORFATTER:**

**Kristina Sundt Eriksen**

**VEILEDER:**

**Professor Karina Aase**

---

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Norsk tittel:**

Tjenestemottakers mulighet for medvirkning i kvalitetsutviklingen innen norsk fødselsomsorg

**Engelsk tittel:**

The possibility for user involvement in development of quality in Norwegian birth care

---

**EMNEORD/STIKKORD:**

**På norsk:** kvalitet, medvirkning, fødselsomsorg, metode, begrep, erfaring

**På engelsk:** quality, user involvement, birth care, methods, concept

---

**SIDETALL: 88**

**STAVANGER, 14. desember 2011.....**

## **FORORD**

Denne masteroppgaven er min avslutning på master i helse og sosial med fokus på brukerperspektiv. Det har vært en lærerik prosess omkring forskning, medvirkning, og ikke minst meg selv. Jeg vil i denne forbindelse få takke noen sentrale støttespillere som har hjulpet meg gjennom studieprosessen. Jeg hadde ikke klart dette uten dere.

Aller først vil jeg takke min veileder Karina Aase for å ha vært utrolig tålmodig med meg gjennom helse prosessen. Hver veiledning har vært konstruktiv, motiverende og inspirerende, i oppturer og nedturer, som oppgaveprosessen har vært.

En takk går til mine medstudenter og faglærere for å ha vært behjelpelige gjennom helse prosessen med forståelse for utfordringer som har dukket opp underveis, for faglige innspill og diskusjoner.

En siste takk går til mine venner og familie som har utvist stor utholdenhet med min frustrasjon gjennom studieprosessen. Dere har vært en utrolig stor kilde til forståelse, tålmodighet og nyttige innspill. Og sist, men ikke minst til hjelp til språkvask i slutten av skriveprosessen.

Kristina Sundt Eriksen  
Stavanger, desember 2011

## Innholdsfortegnelse

Forord

Innholdsfortegnelse

Sammendrag

1.0 Introduksjon .....	8
1.1 Bakgrunn .....	8
1.2 Hensikt .....	8
1.3 Problemstilling .....	9
1.4 Forskningsspørsmål .....	9
1.5 Studiens relevans for brukerperspektivet .....	9
1.6 Sentrale begreper .....	9
1.7 Avgrensninger .....	10
2.0 Fødselsomsorgens kontekst i Norge .....	11
2.1 Helsevesenets oppbygning .....	11
2.2 Fødselsomsorgen .....	13
2.3 Kartlegging av kvalitet og sikkerhet i norsk fødselsomsorg .....	15
2.3.1 Tilsyn .....	15
2.3.1.1 Landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner i 2004 .....	15
2.3.1.2 Tilsynserfaringer og vurderinger av de små fødeenhetene .....	16
2.3.2 Brukerundersøkelser .....	18
2.3.2.1 Resultater fra en pilotundersøkelse .....	18
2.3.2.2 Resultater fra en brukerundersøkelse på St. Olavs Hospitalet .....	19
3.0 Teoretisk fundament .....	21
3.1 Pasientsentrert pleie .....	21
3.1.1 De forskjellige nivå, arenaer og metoder for medvirkning .....	27
3.1.2 Erfaringsbasert design .....	30
3.2 Kvalitet .....	32
4.0 Metodologi .....	36
4.1 Vitenskapsteoretisk forankring .....	36
4.2 Forskningsdesign .....	36
4.4 Systematisk dokumentanalyse .....	37
4.4.1 Utvalg av enheter .....	37
4.4.2 Datainnsamling .....	40
4.4.3 Analyse .....	40
4.4.3.1 Dannelse av kategorier .....	40
4.4.3.2 Tilordninger av enheter til kategorier .....	42
4.4.3.3 Sammenbinding .....	43
4.5 Krav til forskning .....	44
4.5.1 Validitet .....	44
4.5.2 Reliabilitet .....	44
4.5.3 Metodiske vurderinger .....	45
5.0 Resultat .....	47
5.1 Begrep som beskriver tjenestemottaker .....	47

5.1.1 Pasient/ bruker.....	48
5.1.2 Pårørende/ bruker .....	50
5.1.3 Generelle / spesielle dokument.....	51
5.2 Kvalitet.....	52
5.3 Tiltak som er foreslått for medvirkning fra tjenestemottaker.....	54
5.3.1. Direkte medvirkning .....	57
5.3.2. Indirekte medvirkning .....	59
5.4 Oppsummering .....	60
6.0 Diskusjon.....	62
6.1. Begrepsbruk .....	62
6.1.1 Begrep som beskriver tjenestemottaker .....	62
6.1.2 Begrep som beskriver i kvalitet på helsetjenestene.....	65
6.2 Medvirkning i fødselsomsorgen.....	67
6.2.1 Direkte medvirkningsmuligheter.....	68
6.2.1.1 Medvirkning på individnivå .....	68
6.2.1.2 Medvirkning på systemnivå .....	71
6.2.2 Indirekte medvirkningsmuligheter .....	74
7.0 Konklusjon .....	78
Litteraturliste .....	81

## Figurer:

Figur nr. 1: Modell av helsevesenets oppbygging.....	12
Figur nr. 2: Modell av kontinuumet for medvirkning til tjenestemottaker.....	27
Figur nr. 3: Modell over metode for kvalitetsforbedring.....	33
Figur nr. 4: Modell over studiens kategorier.....	42

## Tabeller:

Tabell nr. 1: Tabell over utvalg.....	39
Tabell nr. 2: Tabell over søkeord.....	41
Tabell nr. 3: Tabell over eksempel på funn.....	43
Tabell nr. 4: Tabell over begrep som beskriver tjenestemottaker.....	47
Tabell nr. 5: Tabell over kvalitet.....	52
Tabell nr. 6: Tabell over tiltak som er foreslått for medvirkning fra tjenestemottaker.....	56

## **Sammendrag**

Temaet i denne studien har vært medvirkning av tjenestemottaker i fødselsomsorgen.

Formålet med studien har vært å få innsikt i hvordan forskjellige nasjonale styringsdokumenter legger til rette for at de fødende skal kunne medvirke i kvalitetsutviklingen inne fødselsomsorgen.

Oppgavens problemstilling er:

*Hvordan kan tjenestemottakere medvirke i kvalitetsutviklingen innen fødselsomsorgen med utgangspunkt i nasjonale føringer for slikt arbeidet?*

Problemstillingen blir utdypet i tre forskningsspørsmål:

1. Hvordan benyttes begreper på mottakere av helsehjelp i nasjonale føringer?
2. Hvilke muligheter angir de nasjonale føringene for tjenestemottaker i fødselsomsorgen til påvirkning av kvalitetsutviklingen av tjenestetilbudene?
3. Hvilke muligheter finnes det for forbedring av de nasjonale føringene for medvirkning fra tjenestemottakere i kvalitetsutviklingen av fødselsomsorgen?

Denne studien er en litteraturstudie utført ved bruk av dokumentanalyse. Utvalgsstrategien som er benyttet i denne undersøkelsen er snøballmetode. Dokumentet St. Meld. Nr. 12-*En gledelig begivenhet* ble anbefalt som utgangsdokument for studien av flere parter. Utvalget besto til slutt av 14 dokumenter. Utvalget består i generelle dokumenter for helsevesenet og spesielle dokumenter for fødselsomsorgen. Det er foretatt en innholdsanalyse av studiens data inspirert av Jacobsen (2005) som består av tre trinn; (1) Dannelse av kategorier, (2) Tilordning av enheter til kategorier og (3) Sammenbinding.

Det teoretiske rammeverket for denne oppgaven tar utgangspunkt i en pasientsentrert teori. Teorien bygger på tre hovedelementer. Et av elementene er å se individet og ikke bare sykdommen. Et annet element er å se personen som ekspert på eget liv og helse og derfor oppfordre til involvering, myndiggjøring og medvirkning. Et siste element i den pasientsentrerte teorien er å respektere tjenestemottakeren uansett sykdomsbilde (Leplege, Gzil, Gammelli, Lefeve, Pachoud, Ville, 2007). I tillegg bygger oppgaven på teori knyttet til kvalitet og kvalitetsutvikling bygget på Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenestene sin metodikk (Kunnskapssenteret, s.a.a).

I de forskjellige dokumentene kommer det frem at det benyttes forskjellige begreper på tjenestemottaker. ”Pasient” og ”bruker” er de begrepene som benyttes mest. De benyttes noe

om hverandre, men det kan virke som dokumentene velger et begrep og holder seg til dette. Begrep som ”kvinne” og ”fødende” benyttes også, disse begrepene benyttes oftest i dokumentene som er spesifikt dannet for fødselsomsorgen. Begrepet ”bruker” dekker i noen tilfeller også ”pårørende” eller ”familie”, mens andre dokumenter beskriver disse som en ressurs for tjenestemottakeren. Uansett hvilke begrep som benyttelse er det ikke noe tydelig mønster i de forskjellige dokumentene knyttet til rollene de forskjellige begrepene gir, og om de gir en aktiv deltagelse eller ikke.

Kvalitetsbegrepet benyttes i alle dokumentene med stor hyppighet, men det er ikke alle dokumentene som definerer begrepet. ...*Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring* kommer med operasjonaliseringen:

- at de er virkningsfulle og da fører til helsegevinst,
- at de er trygge og sikre og dermed unngår at uheldige hendelser utvikles,
- at brukere involveres og gis innflytelsesmulighet,
- at de oppleves samordnende og preges av kontinuitet,
- at de utnytter tilgjengelige ressurser effektivt
- at de er rettferdige

Dokumentene *Kvalitetskrav til fødselsomsorgen, Utviklingsstrategi for jordmortjenesten, ...Og bedre skal det bli! Rapport fra Kunnskapsenteret, Hvordan kommer vi fra visjon til handling? ...Og bedre skal det bli!* og *...Og bedre skal det bli! Styrk brukeren* benytter også denne operasjonalisering av kvalitetsbegrepet. Dette kan tyde på at det beveges mot en felles definisjon på kvalitet i helsevesenets kvalitetsutvikling.

Medvirkningsformene som er foreslått i dokumentene dekker både individ - og systemnivå. Ut over dette kan en ut fra de forskjellige måtene for medvirkning som benyttes dele dem i to grupper; direkte og indirekte medvirkning. Direkte medvirkning innebærer metodene der medvirkning der kvinnen selv medvirker direkte i utviklingsprosessen. På individnivå kan medvirkningsmulighetene gi reell involvering. Indirekte metoder er de metoder der en representant opptre på den fødendes vegne. Beste medvirkningsmulighet er gjennom arbeidsgrupper. Forbedringsmuligheter som er synlige gjennom teorien er bedre benyttelse av IKT- verktøy, i tinnhenting av erfaringer, og benyttelse av kvinner som partnere i utvikling av tjenestetilbud.

## 1.0 Introduksjon

### 1.1 Bakgrunn

Kvalitet er et aktuelt tema både fra myndighetenes, medias og den fødendes side (Leatherman & Sutherland, 1998). Sett fra myndighetenes side er de interessert i å heve kvaliteten på helsetilbudet, og gjøre dette så effektivt som mulig. Fra medias side er deres jobb å stille seg kritisk til hvordan forholdene faktisk er i Norge i dag når det gjelder fødetilbudet. Det er den fødende som er mottaker av fødselsomsorgen og dermed vil være den som opplever ut hvilke tjenester som er best.

Gjennom media får en kjennskap til hendelser der kvaliteten på tjenestene ikke har vært tilfredstilte satt opp mot forventet standard. Eksempler på slike hendelser er enkle å finne i forskjellige aviser ved å benytte fødsel som søkeord. Et eksempel er en artikkel om en kvinne som fikk problemer etter å ha fått rifter under fødsel der behandlingen ikke var tilfredsstillende (Gjørven, 2011). Et annet eksempel er en artikkel som omhandler helsetilsynets advarsel da det i perioden 2006- 2008 døde 58 barn i Norge, der halvparten av dødsfallene kunne været unngått (Hvidsten & Støland, 2010).

I debatten om kvaliteten på norsk fødselsomsorg er det interessant å få mer kunnskap om den fødendes rolle. Hvilke muligheter det er for den fødende å medvirke på tjenestetilbudet innen fødselsomsorgen, og hvordan det legges til rette for å benytte erfaringer fra kvinnene i arbeidet med å forbedre kvaliteten på fødselstilbudet.

Det har i den senere tid blitt mer fokus på at tjenestene som tilbys skal være brukervennlige. Tilbudene skal være tilrettelagt slik at mottaker ser det mest hensiktsmessig. Det er disse fokusområdene som ligger til grunn for pasientsentrert pleie (Bate & Robert, 2007).

### 1.2 Hensikt

Gjennom nasjonale dokumenter som legger føringer for hvordan fødselsomsorgen skal styres og forbedre kvaliteten på tjenestene som tilbys, vil jeg studere hvordan kvinnene kan medvirke til å heve kvaliteten på fødetilbudet. Det vil gjennom studien bli sett på hvordan tjenestemottaker refereres til og om dette har noen sammenheng med deres mulighet for medvirkning, på hvilket nivå i helsetjenesten og hvilken metode som blir brukt for å implementere deres medvirkning. Hensikten med studien blir da å kartlegge hvordan



myndighetene gjennom nasjonale dokumenter legger til rette for kvinnes medvirkning i kvalitetsutviklingen i fødselsomsorgen.

### **1.3 Problemstilling**

Hvordan kan tjenestemottakere medvirke i kvalitetsutviklingen innen fødselsomsorgen med utgangspunkt i nasjonale føringer for slikt arbeid?

### **1.4 Forskningsspørsmål**

Problemstillingen vil belyses gjennom tre forskningsspørsmål:

1. Hvordan benyttes begreper på mottakere av helsehjelp i nasjonale føringer?
2. Hvilke muligheter angir de nasjonale føringene for tjenestemottaker i fødselsomsorgen til påvirkning av kvalitetsutviklingen av tjenestetilbudene?
3. Hvilke muligheter finnes det for forbedring av de nasjonale føringene for medvirkning fra tjenestemottakere i kvalitetsutviklingen av fødselsomsorgen?

### **1.5 Studiens relevans for brukerperspektivet**

Denne studien tar sikte på å belyse hvordan tjenestemottakere har mulighet for å medvirke til utviklingen av kvalitetsarbeidet innen fødselsomsorgen sett ut fra relevante nasjonale styrende dokumenter. Gjennom formidling av brukerperspektivet fra kvinnen til tjenesteyteren får tjenestemottaker formidlet sin egen situasjon og erfaring. Brukerperspektivet er derfor et viktig element i tjenestemottakers medvirkning i kvalitetsutviklingsarbeidet i fødselsomsorgen (Humerfelt, 2005a). Fokuset rettes da mot tjenestemottaker som en ressurs, som bør inkluderes i utviklingsarbeidet ved norske fødeinstitusjoner.

### **1.6 Sentrale begreper**

*Kvalitet.* Definisjonen som er benyttet i denne oppgaven er operasjonaliseringen; pasientsikkerhet, pasienterfaringer og klinisk effektivitet (Roberts et al, 2011).

*Nasjonale føringer* er dokumenter som legger grunnlag for styring av helsetjenester på nasjonalt nivå.

*Tjenestemottaker* vil i denne studien innbefatte personer som mottar helsehjelp.

*Fødselsomsorg* vil i denne oppgaven referere til fødetilbudet i fødselsøyeblikket.

*Tjenestemottakers erfaringer* vil si de erfaringer et menneske har med helsevesenet der de blir satt i en situasjon som tjenestemottaker. Dette vil si alle aspekter ved erfaring. Etter Robert & Bate (2007) blir erfaring delt inn i seks aspekter som er: fysisk, sanselig, estetisk, kognitivt, kinetisk og emosjonelt. Alle disse aspektene påvirker opplevelsen med en erfaring.

### **1.7 Avgrensninger**

Det er i denne studien analysert styrende dokumenter på nasjonalt nivå, som behandler arbeidet innen kvalitet i fødselsomsorgen, og som tar opp tjenestemottakers mulighet for medvirkning. Dette er både dokumenter som er av generell karakter for hele helsevesenet, og dokumenter som er spesifikt utviklet for fødselsomsorgen. Det er ekskludert flere dokumenter som er av relevans for kvalitet i fødselsomsorgen siden de ikke tar opp tjenestemottakers mulighet for medvirkning.

Problemstillingen avgrenses til fødselsomsorgen og medfører at det bare er data som er av relevans for fødselsomsorgen som er tatt med i denne studien. Det kan være et større omfang av data som hadde vært av relevans, hadde oppgaven hatt en mer generell kontekst, som helsevesenet. Fødselsomsorgen er i denne oppgaven begrenset til fødselsøyeblikket. Det er i denne oppgaven valgt å begrense fødslene til fødsler ved fødeinstitusjoner. Dette gjør at det bare er dokumenter for spesialisthelsetjenesten som er av interesse. Det er ikke tatt med hjemmefødsler eller sykehustransport i denne oppgaven da det ville være for omfattende.

Gjennom oppgaven er det valgt å betegne den fødende som tjenestemottaker, kvinne eller fødende. Det er gjort for å forenkle oppgaveteksten siden ord som pasient og bruker blir analysert senere i oppgaven. Disse ordene er derimot benyttet dersom de er i forbindelse med å beskrive en aktivitet eller liknende.

Forhold og medvirkningsmuligheter som blir tatt opp i denne studien er de som er av relevans for fødselsomsorgen, slik fødselsomsorgen er definert i denne oppgaven. Det kan nevnes andre metoder for medvirkning, men så lenge de ikke er av relevans for fødselsomsorgen, blir de ikke nevnt i denne oppgaven.

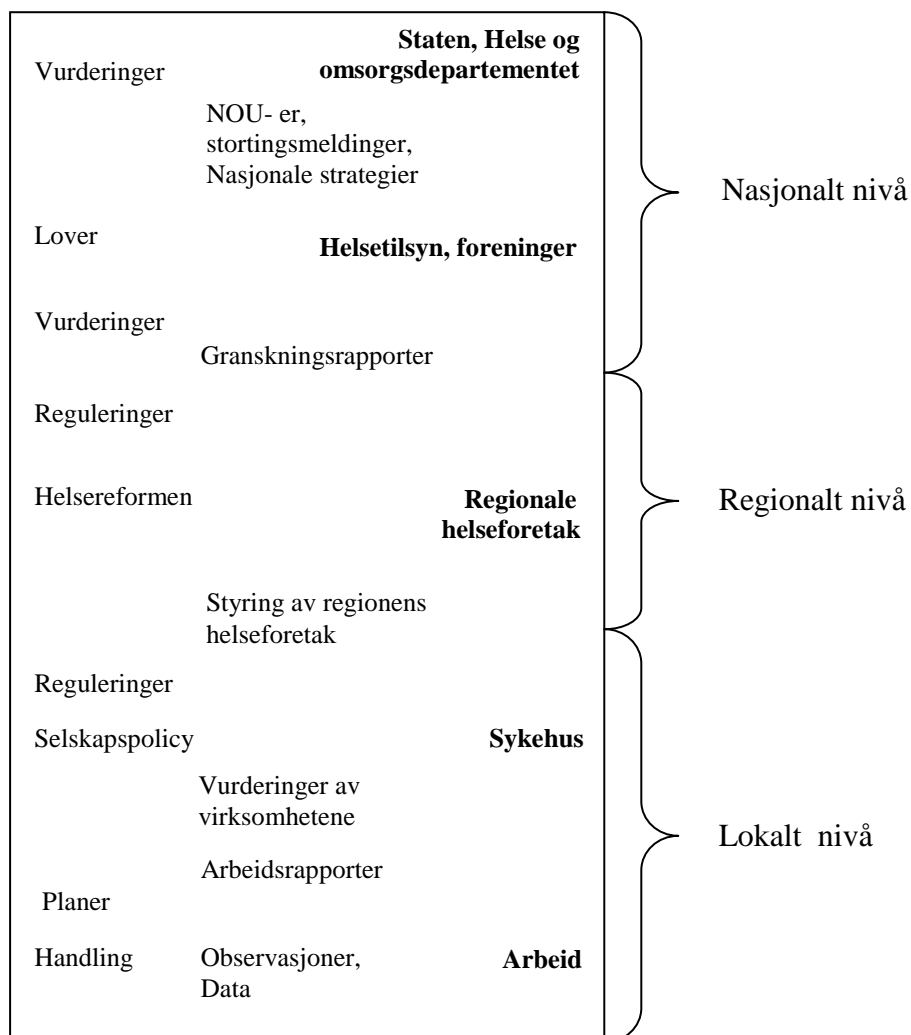
## 2.0 Fødselsomsorgens kontekst i Norge

### 2.1 Helsevesenets oppbygning

Helsetjenesten og trygdeordningene er grunnlaget for velferdsstaten Norge. Helsevesenets oppbygning er opprinnelig utformet rundt de ulike profesjonene i helsetjenesten. Det er i den senere tid blitt ytret ønske fra interessegrupper om at de vil være med i utformingen av tjenestene. Dette ønsket baseres på tanken om at helsetjenestene er utviklet for å hjelpe syke mennesker i samfunnet, og at disse menneskene gjennom erfaring er i stand til å vurdere og kritisere tjenestetilbudet (Stamsø, 2005; Hjelmteit, 2005).

Utviklingen av helsetjenestene har hatt en gradvis utvikling frem til den strukturering og organisering av tjenestene som karakteriserer tjenestetilbudet i dag. Det var først fokus på de tjenester det var nødvendig å ha tilgjengelige til befolkningen. Derfra gikk fokus over på kvaliteten og sikkerheten i tjenestene. Det var ikke lenger nok at det eksisterte et tjenestetilbud, men tjenestene skulle også ytes på en sikker måte der det var fokus på metoder for å gjøre tjenestene sikre (Robert & Bate, 2007). Dette skiftet skjedde fra 1999 etter rapporten *To Err Is Human* fra Institute of Medicine kom ut i USA (Aase, 2010). Det er i den senere tid blitt satt mer fokus på egnetheten av tjenestetilbudet. Det er en bevegelse mot at det skal være optimalt utformet for å fremme behandling og pleie av tjenestemottakere (Robert & Bate, 2007).

Det skjer stadig endringer og forbedringer i organiseringen og struktureringen av helsevesenet, men den nivåinndelte oppbygningen av helsesystemet forblir kjernen. Figuren nedenfor illustrerer nivåene i helsesystemet og hvilke rammebetingelser de jobber under.



Figur nr. 1: Modell av helsevesenets oppbygging (Aase & Wiig, 2010:65 & Helse sør- øst RHF, 2011)

Det norske helsevesenet er bygget opp av forskjellige nivåer. På det nasjonale nivået er Stortinget, Regjeringen, Helse og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn (Aase & Wiig, 2010). Det er regjeringen som har kontrollen over de politiske føringer som blir prioritert, bestemt og iverksatt. De føringer som legges for helsevesenet generelt og fødselsomsorgen spesielt kommer fra det nasjonale nivået. Utarbeidelsen av de prioriterte områdene blir delegert til de ulike fagdepartementene som har ansvaret for de enkelte sakene (Hallandvik, 2002). På regionalt nivå er Helsetilsynet i fylket, ombud, foreninger og regionale helseforetak. På lokalt nivå er de ulike sykehusene. De ulike nivåene

har forskjellige rammebetingelser og føringer å forholde seg til (Aase & Wiig, 2010). Det er gjennom pasientrettighetsloven fastsatt at involvering av tjenestemottaker i behandling er en forutsetning for helsetjenestene (Pasientrettighetsloven, 1999).

## 2.2 Fødselsomsorgen

Det ble bestemt i St. meld. Nr. 43 (1999- 2000) ”Om akuttmedisinsk beredskap” at fødselsomsorgen i Norge skulle ha en kombinasjon av sentralisert og desentralisert struktur. Sentralisering med en høy faglig kompetanse der en kan ivareta kompliserte fødsler, samt en desentralisering av forventet normale fødsler. Fødeinstitusjonene ble dermed inndelt i tre forskjellige faglige nivåer; Kvinneklinikker, fødeavdelinger og fødestuer. I anbefalinger gitt i rapporten fra statens helsetilsyn i 1997 om ”Faglige krav til fødeinstitusjoner” ble det bestemt å skulle fungere som kompetansekrav til de ulike nivåene ut i fra hyppigheten av fødsler på institusjonene.”Faglige krav til fødeinstitusjoner” fikk bred tilslutning fra høringsinstansene, inkludert faginstansene, i 1996. Likevel var det klart at en slik omstilling ville bli vanskelig, først og fremst fordi nivådeling av fødeinstitusjoner ville innebære omgjøring av flere små fødeavdelinger til jordmorstyrte fødestuer. Det måtte forventes at hver slik omgjøring ville være omstridt og møte motstand lokalt (Nasjonalt råd for fødselsomsorgen, 2008).

Helse og omsorgsdepartementet oppnevnte i 2001 `Det nasjonale rådet for fødselsomsorgen`. Det fikk følgende mandat:

*Rådet skal på nasjonalt nivå bistå de regionale helseforetak i omstillingsprosessen. Rådets kontakt mot virksomheter og lokale fagmiljø må skje i samråd med de regionale helseforetak. Videre skal rådet komme med anbefalinger om forhold som kan påvirke omstillingsprosessen og sikre kontakt mot eksisterende fagmiljø på området* (Nasjonalt råd for fødselsomsorgen, 2008: 1).

I mars 2006 skrev Nasjonalt råd for fødselsomsorg til Helse Vest med kopi til Helse- og omsorgsdepartementet at de faglige rådene i liten grad ble fulgt opp og at det var liten vilje til endring. Det nasjonale rådet for fødselsomsorgen fikk lite hjelp fra Helse- og omsorgsdepartementet eller de helseforetak de skulle hjelpe med omstilling. Rådet følte etter hvert en økende usikkerhet med hensyn til eget mandat og tillit fra departementet. Rådet besluttet å fratru sine verv i 2008 (Nasjonalt råd for fødselsomsorgen, 2008).

Gjennom st. meld. Nr. 12 (2008- 2009) *En gledelig begivenhet* ble det vedtatt forandringer i kvalitetskravene til de forskjellige nivåene i fødselsomsorgen. Det nye Nasjonalt råd for fødselsomsorgen påpekte at inndelingen av nivåer i fødselsomsorgen ikke nødvendigvis sier noe om kvaliteten på det enkelte nivået, og at dette i seg selv ikke er en god nok kvalitetssikring. Det ble det derfor bestemt at de tre nivåene innen fødselsomsorgen skulle opprettholdes etter geografiske hensyn, og at kravene til nivåene måtte forbedres. De gjeldende kravene til fødselsomsorgens nivåinndeling er i dag;

### **Kvinneklinnikk:**

Mer enn to tredjedeler av de gravide føder ved store fødeinstitusjoner/kvinneklinnikker. Fødselstallet ved kvinneklinnikkene varierer i dag fra ca 700 til ca 7000 fødsler. De store fødeavdelingene tar i mot fødende med kompliserte svangerskap. Kompliserte svangerskap hvor det er behov for fødsel ved kvinneklinnikk omfatter bl.a. kvinner med komplisert underliggende sykdom som tidligere ikke fikk barn, men som i dag blir mødre. For enkelte pasientgrupper er det behov for spisskompetanse (f.eks. alvorlige immunsykdommer, hjertesykdom og transplanterte).

### **Fødeavdeling:**

Fødeavdelinger har høye krav til beredskap siden fødsler skjer gjennom hele døgnet. Komplikasjoner kan oppstå akutt og uten forvarsel. Utfordringen med å få en god balanse mellom beredskap og planlagt operativ aktivitet er størst for de minste avdelingene. Her har man lagt til grunn en veiledende øvre grense på 15 minutter fra beslutning om katastrofekeisersnitt tas til barnet er forløst.

### **Fødestue:**

Er mindre enheter enn fødeavdelinger, og har mindre kompetanse til å ta seg av komplikasjoner rundt fødsel. Fødestuene kan fungere som et supplement til fødeavdelinger, slik Storken er til kvinneklinnikken ved Haukeland, eller som et tilbud til lokalbefolkningen som bor langt borte fra nærmeste fødeavdeling eller kvinneklinnikk. De er dermed et viktig bidrag for å ha et desentralisert fødselstilbud i Norge. Disse kravene til fødeinstitusjoner er gjeldende i dag sammen med flere kvalitetsstrategier som vil beskrives i mer detalj senere i oppgaven (Helse og omsorgsdepartementet, 2009).

## **2.3 Kartlegging av kvalitet og sikkerhet i norsk fødselsomsorg**

En måte å kontrollere at tjenestene som tilbys innen fødselsomsorgen er av tilfredsstillende standard, er gjennom undersøkelser av tjenestene. Det kan være gjennom tilsyn av virksomheten og helsepersonellet som produserer tjenesten, eller gjennom brukererfaringsundersøkelser av personer som har mottatt tjenesten. Her blir funnene og anbefalingene fra relevante tilsynsrapporter og brukerundersøkelser presentert.

### **2.3.1 Tilsyn**

Statens helsetilsyn har overordnet faglig tilsyn ved alle helseinstitusjoner for å kontrollere at lovverket blir opprettholdt. Virksomheter med høy risiko for svikt og der konsekvens av svikt kan være alvorlige, er to områder som prioriteres av tilsynet. Hvert år blir det valgt et landsomfattende hovedområde innen helsetjenesten som skal prioriteres med tilsynsvirksomhet. Det utvikles en felles rapport fra tilsynene innen slike hovedområder. De oppsummerede rapportene fra landsomfattende tilsyn innen norsk fødselsomsorg gir ikke et representativt bilde av alle fødeinstitusjoner, men de gir et innblikk i utfordringer som er aktuelle og i fokus (Helsetilsynet, 2011).

#### ***2.3.1.1 Landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner i 2004***

Tilsyn ble utført på 26 fødeinstitusjoner på alle nivå; kvinneklinikker, fødeavdelinger og fødestuer, ved alle Norges helseregioner (Statens helsetilsynet, 2004). Tilsynet undersøkte 4 hovedtema:

1. Seleksjon av fødende til ulike typer fødeinstitusjoner.
2. Overvåking og oppfølging av noen utvalgte tilstander.
3. Håndtering av akutte situasjoner.
4. Læring og forbedring.

Ved seleksjon av kvinner til riktig nivå kreves det at den gravide får god informasjon.

Informasjonen må omhandle egen tilstand, fødetilbudet ved den enkelte institusjon og hvorfor det kan være behov for overflytting til en annen institusjon med høyere beredskap, slik at den enkelte kan ta et velinformert valg (Statens helsetilsyn, 2004).

Rapporten viste at seleksjonen av kvinner ikke alltid var god nok. Kvinner som ut i fra risiko for komplikasjoner skulle blitt overflyttet til en fødeinstitusjon med høyere nivå av beredskap ble ikke overflyttet.

Rapporten viste videre at kvinnen stort sett ble godt informert med noen unntak. Også i tilfeller der den fødende hadde behov for tolketjenester ble det gitt tilfredsstillende informasjon.

Anbefalingene fra tilsynet var at rutiner og retningslinjer for overflytting av fødende til høyere nivå burde gjennomgås oftere og at det burde utvikles bedre rutiner for samarbeid og samhandling med institusjoner av høyere nivå (Statens helsetilsyn, 2004).

Ved overvåking og oppfølging av noen utvalgte områder kom det frem at det var dårlig kartlegging av ansvarsforhold i forhold til den fødende. Det var uklart når eventuelt lege skulle kontaktes. Rutiner angående informasjon til den fødende og partner etter akutte situasjoner var godt utviklet. De fleste institusjoner hadde gode rutiner for å håndtere uforutsette akutte fødselskomplikasjoner, men flere av institusjonene hadde behov for mer systematisk øvelse og trening.

Anbefalinger fra tilsynet var at det burde jobbes bedre med å sette klare retningslinjer for håndtering av akutte fødselskomplikasjoner, hva som skal gjøres og av hvem. Anbefalinger var at det måtte jobbes mer med journalføring, hovedsaklig journalføring av alt som blir gjort i forhold til pasienten. Det var flere tilfeller hvor det ikke ble dokumentert om foreldre var informert etter komplikasjoner, eller legens vurderinger og beslutninger i forbindelse med fødsel. Enkelte steder var det også behov for avklaring av hvem det var som hadde ansvar for behandling og oppfølging av uheldige hendelser. Dette medførte også at tilfellene ble lite brukt i systematisk kvalitetsforbedring (Statens helsetilsyn, 2004).

### ***2.3.1.2 Tilsynserfaringer og vurderinger av de små fødeenhetene***

Denne gjennomgangen omhandler tilsynserfaringer gjort i perioden 2004- 2008 ved enheter med under 500 fødsler i året. Den ble igangsatt på bakgrunn av en rapport fra Nasjonalt råd for fødselsomsorgen utgitt 13. februar 2008. Rapporten inneholdt blant annet saker om skader og dødsfall under fødsler som ikke har blitt fulgt opp av myndighetene. Flere risikoområder og faktorer med betydning for pasientbehandlingen ble påpekt.

- Rekrutteringsproblemer som fører til innleie av vikarer
- Ujevn faglig kvalitet
- Kulturelle og språklige problemer hos personellet
- Mangelfull faglig oppdatering og trening på samhandling i akutte situasjoner



- Manglende seleksjon og overflytning av risikogravide
- Manglende opplæring og implementering av rutiner og prosedyrer
- Manglende overvåking av resultater og systematisk avvikshåndtering (Hanssen & Braut, 2008)

Statens helsetilsyn vurderte at det forekom en underrapportering av meldinger etter spesialisthelsetjenesten § 3- 3. Helsetilsynet har dermed ikke mulighet til å ha kunnskap om omfang eller alvorlighetsgrad av hendelser som kun håndteres internt i institusjonen. Videre ble det stilt spørsmål om små fødeavdelinger ble drevet forsvarlig. Funnene var relatert til; en marginal bemanning, lite fagmiljø, fare for faglig isolering, stor vaktbelastning, lite mulighet for hospitering, rekrutteringsproblemer og konstant avhengighet av vikarer for å opprettholde døgkontinuerlig drift av fødeavdelingene. Disse forholdene kunne vanskeliggjøre opparbeidelse og opprettholdelse av nødvendig kompetanse (Hanssen & Braut, 2008).

Tilsynserfaringene tilsier at det var enkelte svakheter relatert til innleie av vikarer, med hyppigere frekvens av hendelser med alvorlige konsekvenser, enn på større fødeavdelinger, da de har fast personell som kan kompensere før konsekvensene inntreffer. Ved innleie av vikarer med annen språklig og kulturell bakgrunn kan det oppstå kommunikasjonsproblemer og manglende respekt for den fødende (Hanssen & Braut, 2008).

Svikt i seleksjon av fødende til et høyere nivå kan spores tilbake til dårlig innføring av personell i seleksjonskriterier, et behov hos den enkelte fødeenhet om å produsere et visst antall fødsler i løpet av året, for å kunne vise at de hadde kompetanse til å ta seg av situasjoner som etter seleksjonskriteriene blir satt over deres nivå.

I hvilken grad den gravide og partner hadde fått informasjon om valg av fødested og kompetanse er ikke mulig å si noe om ut fra rapporten. Men det er saker der den gravide har forespurt om å bli henvist til et høyere nivå, der helsepersonellet hadde avvist forespørselen på bakgrunn av at fødselen er forventet å ha normal progresjon. Dersom seleksjonsnivået ble opprettholdt og fulgt, er det flere fødende som i påvente av en normal fødsel kan benytte de små fødeavdelingene og motta et forsvarlig fødetilbud (Hanssen & Braut, 2008).

### 2.3.2 Brukerundersøkelser

En annen måte å kontrollere at helsetjenestene som tilbys befolkningen er av den standarden som er fastsatt av myndighetene, er gjennom brukerundersøkelser. Brukerundersøkelser er en systematisk metode for å innhente erfaringskunnskap fra personer som har fått eller får helsehjelp. Brukerundersøkelser blir ofte utført ved bruk av spørreskjemaundersøkelser. Det er en metode for å få mottakere av helsehjelp til å formidle deres erfaring og tilfredshet med konkrete tiltak og tjenester (Andreassen, 2006).

I forbindelse med forarbeid til studien i denne oppgaven, ble det tatt telefonkontakt med alle landets fødeinstitusjoner. Undersøkelsen viste at det kun er utført et begrenset antall brukerundersøkelser i Norge, alle på lokalt nivå. Det blir per dags dato utført en landsomfattende brukerundersøkelse om fødselsomsorgen, men rapporten fra undersøkelsen er ennå ikke publisert. To av de lokale brukerundersøkelsene presenteres nedenfor.

#### 2.3.2.1 Resultater fra en pilotundersøkelse.

Denne brukerundersøkelsen ble iverksatt etter at det i ”St. meld. nr. 12 (2008- 2009)En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg” ble etterlyst en nasjonal brukerundersøkelse som fremhevet brukerperspektivet ved denne delen av helsetjenesten gjennom kvinners og partners erfaringer fra svangerskaps-, fødsels- og barsel- omsorgen. Denne brukerundersøkelsen er pilotstudien til den nasjonale brukerundersøkelsen. Pilotstudien ble utført ved Akershus universitetssykehus i 2010 (Iversen, Holmboe & Kjøllesdal, 2011).

Resultater som kom frem i denne undersøkelsen viste at det er stor grad av tilfredshet med helsetilbudet som blir gitt de fødende, men på samme tid også forbedringsmuligheter. 57 % stilte seg positive til å ha opplevd oppholdet som forventet, mens 11 % stilte seg negative. Undersøkelsen gjort blant partnerne viste å ha større tilfredshet enn undersøkelsen blant de fødende. 88 % av partnerne stilte seg fornøyde med oppholdet, mens bare 4 % stilte seg negativ (Iversen, Holmboe & Kjøllesdal, 2011).

Områder for forbedring er knyttet til bedre informasjon og mulighet for at den fødende får en medvirkende rolle i avgjørelser som angår fødselen. Det kom frem at 76 % av de fødende hadde lyst til å ha en aktiv rolle i beslutningsprosesser angående fødselen.

Forbedringsområdene blant partnere var også informasjon og anledning til involvering av partner (Iversen, Holmboe & Kjøllesdal, 2011).

Informasjonen som ble gitt partnere var 84 % av informantene fornøyd med, 9 % stilte seg nøytral, mens 8 % stilte seg negativ. Informasjonen viste seg også som et mulig forbedringsområde da kun 73 % mente de hadde fått tilstrekkelig informasjon under oppholdet, mens 6 % var negative til dette. I et spørsmål om motstridende informasjon fra helsepersonell svarte 78 % av de fødende at informasjonen var grei, mens 10 % stilte seg negativ. Bare 65 % av de fødende hadde fått informasjon om hvem som hadde hovedansvaret for dem, mens hele 20 % svarte at de ikke hadde fått denne informasjonen. Også i første kontakt da de fødende ringte inn til avdelingen for å si at fødselen var startet, følte 73 % seg tatt alvorlig, mens 9 % følte de ikke ble tatt alvorlig (Iversen, Holmboe & Kjøllesdal, 2011).

Et annet område for forbedring var ønsket om å kunne medvirke i avgjørelser som hadde å gjøre med selv fødselen. Det var 76 % som ønsket å medvirke, 18 % stilte seg nøytral, mens 6 % stilte seg negativ. I spørsmålet om den fødende hadde vært involvert i fødselen kom det frem at bare 63 % hadde vært involvert i avgjørelser rundt fødselen, 24 % stilte seg nøytral, mens 13 stilte seg negativ. Blant undersøkelsen blant partnere kom det frem at 85 % av partnerne følte seg involvert i prosessen, mens 6 % stilte seg negativ (Iversen, Holmboe & Kjøllesdal, 2011).

#### ***2.3.2.2 Resultater fra en brukerundersøkelse på St. Olavs Hospitalet***

Undersøkelsen ble utført ved svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorgenhetene, og gjennomført av SINTEF i 2009. Bakgrunnen for undersøkelsen var at det var utført nedskjæringer og omorganisering av fødsels- og barselsomsorgen ved sykehuset de siste årene. Målet med undersøkelsen var blant annet å dokumentere de fødende kvinnenes erfaringer med fødselsomsorgen (Martiniussen, Opdahl & Harsvik, 2009).

86 % stilte seg positiv til å ha fått formidlet det hun mente var viktig informasjon rundt sin tilstand, mens 3 % stilte seg negativ. Rundt den muntlige informasjonen kommer frem at det 86 % av de fødende var fornøyd, mens 2 % var misfornøyd. Angående den skriftlige informasjonen var 69 % fornøyd, mens 8 % var misfornøyd. Angående informasjon kom det

også frem i kommentaren at det ble presentert mye varierende informasjon fra helsepersonell. Det var noen som valgte å bare snakke med enkelte helsepersonell for at ikke informasjonen skulle være motstridende (Martiniussen, Opdahl & Harsvik, 2009).

Ved spørsmål om pleien og behandlingen var tilfredsstillende var 61,8 % svært fornøyde, 33,5 % stor grad fornøyd, 3,6 % fornøyd i noen grad, 1,1 % fornøyd i liten grad, mens ingen ikke var fornøyd i det hele tatt. I forespørselen om hvordan de fødende var ivaretatt under oppholdet var det større uenighet der 64,4 % var svært fornøyde, 29,2 % stor grad fornøyd, 5,5 % fornøyd i noen grad, 0,8 fornøyd i liten grad og 0,2 % fornøyd i liten grad. I kommentarer rundt informasjonen og grunn til det ikke er mer tilfredshet er det kommentert at flere var usikre med fødselsforeløpet og oppholdet etterpå, at de ikke viste hva de skulle forvente (Martiniussen, Opdahl & Harsvik, 2009).

### 3.0 Teoretisk fundament

I dette kapitlet vil det redegjøres for oppgavens teoretiske ståsted. Relevante hovedteorier vil bli presentert sammen med nyere forskning. Teorier om pasientsentrert pleie og kvalitet blir presentert.

#### 3.1 Pasientsentrert pleie

Den pasient- sentrert tilnærmingen har sprunget ut av en misfornøydheth med den biomedisinske tilnærmingen som tidligere hersket innen helsevesenet (Riiskjær, Mainz, Rohd, 2011). Teorien brakte med seg begrep som involvering, myndiggjøring og medvirkning (Stewart, 2001). Medvirkning fra tjenestemottaker bygger på velferdstjenestens ideer om at tjenestemottakeres behov skal være i sentrum for tjenesteutviklingen og kunne påvirke tilbudet som er tilgjengelig for dem (Skivenes, 2005; Kjellelvold, 2005). En kan si at pasientsentrert pleie er respekt for tjenestemottakeres verdier, preferanser og uttrykte behov (Leplege, Gzil, Gammelli, Lefevre, Pachoud, Ville, 2007). Verdier som ligger til grunn handler om respekt for menneskers iboende likeverd, tillit og forståelse og terapeutiske relasjoner og menneskers rett til medbestemmelse og rett til å føre et så autonomt liv som mulig (McCormack, Karlsson, Dewing, Lerdal, 2010; Humerfelt, 2005a; Kjellelvold, 2005)

Den pasient- sentrerte tilnærmingen er mye benyttet de siste årene, men en klar definisjon er vanskelig å finne. I stedet for en definisjon er det benyttet en beskrivelse av hva pasientsentrert pleie ikke er, som: teknologi- sentret eller helsepersonell sentrert (Stewart, 2001). Tilnærmingen strekker seg over flere nivåer, fra hjelp og involvering av tjenestemottaker på individnivå til involvering i politiske bestemmelser (Gillespie, Florin, Gillam, 2004).

Tilnærmingen er sentral i utviklingen av pleie av høy kvalitet (Clancy, 2011). Teorien om pasientsentrering kan resultere i en bedre etterlevelse og tilfredshet blant tjenestemottakere. Dette fører til bedre kvalitet og resultater av tjenestetilbud (Scherman & Runesson, 2009).

Forskning viser at det er tre elementer som inngår i pasientsentrert pleie, individualisering, medvirkning og relasjonen mellom tjenestemottaker og tjenesteyter; (Leplege, Gzil, Gammelli, Lefevre, Pachoud, Ville, 2007).

Et av elementene i den pasientsentrerte tilnærmingen, er å se individet og ikke bare sykdommen. Det er en holistisk tilnærming til tjenestemottaker, og ingen kategorisering av

tjenestemottakere ut fra diagnose. Sykdom og problemer må ses i en sammenheng med livssituasjon til tjenestemottakeren. Siden det er forskjell i tjenestemottakers ressurser, interesser og tidligere erfaringer er det nødvendig med fleksibilitet. Det kan i tillegg forekomme endringer i tjenestemottakeres behov. Disse forholdene bør tas høyde for i utvikling av tjenestetilbudet (Scherman & Runesson, 2009, Leplege, Gzil, Gammelli, Lefevre, Pachoud, Ville, 2007).

Gjennom medvirkning fra tjenestemottakeren skal tjenesteyteren få kjennskap til alle sider med livssituasjonen til tjenestemottaker som kan være med å påvirke resultatene av tjenestetilbudet. Dette er fysiske, sosiale, åndelige og psykiske dimensjoner ved tjenestemottakeren (Ekeland & Heggen, 2007).

Støtte gjennom en slik prosess er en viktig side ved denne teorien (Kleiman, 2009). Et system som virkelig har en pasientsentrert tilnærming har et videre forhold til tjenestemottakerens familie og venner. Forskning har vist at det er fordel å inkludere familie og venner i behandlingen og at dette øker tilfredsheten med behandlingen (Frampton, Wahl, Cappiello, 2010) Et synonym til pasientsentrert pleie er familiesentrert pleie som tar for seg fødselsforløpet. Her blir den fødende og hennes familie sett på som tjenestemottakere og ressurser under foreløpet (Jimenez, Klein, Hivon, Mason, 2010). For at en fødende kvinne skal kunne ha valgmuligheter og kontroll over fødesituasjonen må følge prinsipper følges; valg, kontinuitet og kontroll. For at kvinnene skal ha mulighet til å føle kontroll over situasjonen og å kunne ha valgmuligheter er det avhengig av at kvinnen føler kontinuitet fra jordmor. (Pope, Graham, Patel, 2001)

Et annet element er å se personen som ekspert på eget liv og helse og derfor oppfordre til involvering, myndiggjøring og medvirkning. Det er i den senere tid blitt mer fokus på involvering av tjenestemottaker. Målet med denne involveringen er å heve kvaliteten på tjenestene samt få mer tilfredse tjenestemottakere. Tjenestemottakerne bør bli tatt med fra begynnelse av utviklingsprosessen og ikke bare i evalueringen slik som det mye er gjort tidligere (Humerfelt, 2005a). Medvirkning er en elementær rettighet tjenestemottakere har krav på. Dette innebærer å ta tjenestemottakere med på råd om spørsmål som angår deres tjenestetilbud og ta hensyn til deres synspunkter i beslutningsprosessen så langt det er forsvarlig og økonomisk mulig. (Kjellebold, 2005, Ekeland & Heggen, 2007). Det er et

forbehold for at tjenestemottakere skal kunne medvirke; at det legger til rette for at de skal kunne medvirke (Davis, Jacklin, Sevdalis, & Vincent, 2007, Thompson, 2007). En forutsetning for medvirkning fra tjenestemottaker er at tjenestemottakeren har den informasjonen som er nødvendig i tillegg til å kunne nyttegjøre denne informasjonen og fatte en informert beslutning (Ekeland & Heggen, 2007). Rettigheten om informasjon inneholder flere delelementer. Informasjonen som gis skal være tilpasset den enkelte tjenestemottakers forutsetninger slik at informasjonen kan bli forstått og benyttet. En har rett på informasjon som er av relevans til den tjenesten en benytter seg av, samt informasjon av nødvendighet for at tjenestetilbudet skal ha maksimalt utbytte. Denne retten ligger til grunn for involvering av tjenestemottaker i tjenestetilbudet. Tjenestemottakerne bør bli involvert så mye som de er i stand til. Ved å få informasjon kan tjenestemottakeren selv kunne bestemme hva som skal eller ikke skal gjøres. Tjenestemottakere har en rett til å få informasjon om hva helsetilbudet omhandler, hvilke valgmuligheter som finnes i situasjonen og positive og negative aspekter ved de forskjellige mulighetene. Beslutninger skal gjøres i et samarbeid med tjenestemottakeren (Kleiman, 2009). Gjennom selvbestemmelsesretten har tjenestemottakeren også rett til å si fra seg muligheten til å medvirke i prosessen (Humerfelt, 2005a; Pasientrettighetsloven, 1999).

Guadagnoli og Ward konkluderte ”medvirkning bør bli definert av hvilke nivå pasienten er mest komfortabel med” (Thompson, 2007:1299). Forskning viser at ved spørsmål om tjenestemottakere ønsket å være involvert i utviklingen av tjenestetilbudet ønsket tjenestemottakerne seg forskjellig nivå av involvering avhengig av konteksten. Det vil si at involvering og medvirkning av tjenestemottakere ikke er en statisk aktivitet, men dynamisk prosess avhengig av flere kompliserte forhold. Mesteparten av dagens pasienter forventer å bli involvert i beslutningsprosessen rundt behandlingsmuligheter (Thompson, 2007; Coulter, 2004 ). Forskning viser at disse punktene er motiverende årsaker til at tjenestemottakere ønsker å medvirke:

- En rett for tjenestemottakeren til å ha en stemme i helsetjenesten de benytter.
- En anledning til å møte andre i liknende situasjon.
- Få innsikt i siste utvikling innen nyere medisin.
- Finne ut hvilken hjelp som var tilgjengelig i den enkeltes situasjon.
- Et tilbud som ville gange rekonvalens (Fudge, Wolfe, & McKevitt, 2007).

Det er gjort studie på hvilke faktorer som påvirker tjenestemottakeres ønske å involveres og medvirke på kvaliteten og sikkerheten ved tjenestetilbudet (Davis, Jacklin, Sevdalis, & Vincent, 2007, Davis, Koutanji & Vincent, 2007; Fudge, Wolfe & McKenvitt, 2007; Thompson, 2007). Studien viser at det er et komplekst samspill som påvirkes av bruker-, helsearbeider-, helse tjeneste- og oppgaverelaterte faktorer.

Den første faktoren er hvor utsatt pasienten føler seg for uheldige hendelser. Det er større sannsynlighet for ønske om deltakelse i arbeidet for å redusere uheldige hendelser dersom pasienten føler seg mottakelig for at slike hendelser kan skje (Davis, Jacklin, Sevdalis, & Vincent, 2007).

Den andre faktoren er de demografiske karakteristika til tjenestemottakeren. Medvirkning varierer avhengig av brukers kjønn, alder og utdanning. Yngre viser en tendens til å ville involveres mer enn eldre, kvinner ønsker å bli mer involvert enn menn og tjenestemottakere med høyere utdanning ønsker mer involvering enn tjenestemottakere med lavere utdanning (Davis, Jacklin, Sevdalis, & Vincent, 2007; Davis, Koutanji & Vincent, 2007).

Den tredje faktoren som påvirker deltakelse er alvorlighetsgraden av sykdommen. Forskning viser at personer med mindre plager ønsker å medvirke mer enn personer med mer omfattende plager (Davis, Jacklin, Sevdalis, & Vincent, 2007 ).

Den fjerde faktoren er medvirkningsmulighetens art. Hvilken behandling som mottas og dermed hvilke muligheter dette legger for medvirkning og hvilken innflytelse medvirkning vil ha på tjenestemottakerens helse. Det kan oppleves enklere for pasienter å holde overblikk over behandling, mens det kan være ubehagelig for pasienter å konfrontere helsepersonell, dersom det er spørsmål ved deres utøvelse av tjenestene (Davis, Jacklin, Sevdalis, & Vincent, 2007; Fudge, Wolfe & McKenvitt, 2007).

Den femte faktoren som påvirker deltakelsen er relasjonen mellom helsepersonellet og pasienten. Hvordan helsepersonellet opptrer i relasjonen påvirker hvordan pasienten opptrer. Et siste element i den pasientsentrerte teorien er å respektere tjenestemottakeren uansett sykdomsbilde. Helsepersonellet skal behandle alle tjenestemottakere med respekt og handle for å bevare deres verdighet (Leplege, Gzil, Gammelli, Lefevre, Pachoud, Ville, 2007).



For at bruker skal kunne medvirke, er det viktig at det dannes en god relasjon mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Relasjonen må bygge på respekt for tjenestemottakerens verdighet, behov og verdier, uten fordommer (Kleiman, 2009).

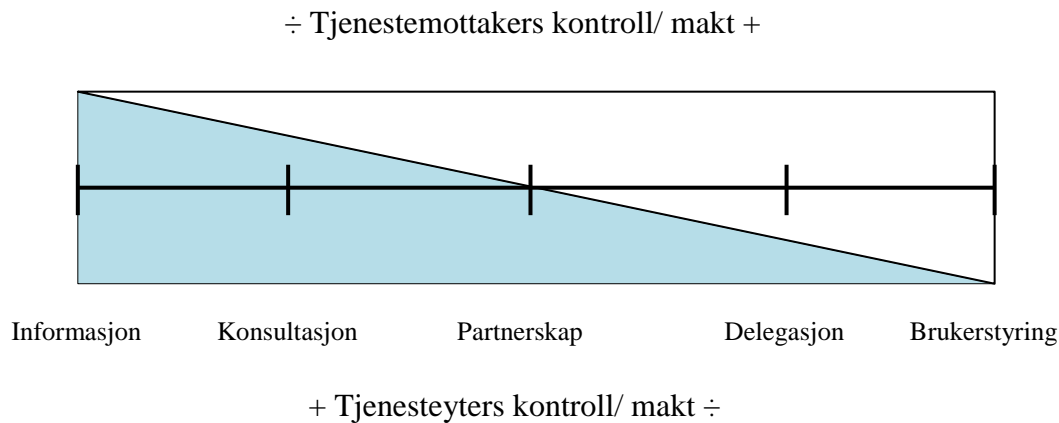
Relasjonen har vært preget av et asymmetrisk maktforhold partene imellom. Det er forskjell i kunnskaps- og maktforholdet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker i tillegg til forskjell i vektning av verdier som ligger til grunn for tjenestene. Den formelt faglige kompetansen til tjenesteyteren har vært den autoritære kompetansen i forholdet, og den eneste kompetansen som gir makt og dermed kontrollen i relasjonen (Humerfelt, 2005a; Hummerfelt, 2005b; Skivenes & Willumsen, 2005). Tjenestemottakeren kan føle de er i et avhengighetsforhold til helsepersonellet som kan føre til at tjenestemottakeren har problemer med å kritisere og stille spørsmål ved helsepersonellets handlinger. De kan være redde for at uttalelser vil få konsekvenser for relasjonen og behandlingen de mottar. Forskning viser at det kan være lettere å medvirke dersom helsepersonellet gir uttrykk for omsorg, støtte, og gir inntrykk av at de tar tjenestemottakeren seriøst sammen med tjenestemottakerens innskudd (Davis, Jacklin, Sevdalis, & Vincent, 2007; Thompson, 2007). Det er også vist i en studie at involveringen også avhenger av helsepersonellets stilling. Det viste seg vanskeligere å stille seg kritiske til leger fremfor sykepleiere (Davis, Koutanji & Vincent, 2007). Tjenesteyterens holdninger og handlinger påvirker og danner grunnlaget for tjenestemottakers oppfattelse av mulighet for medvirkning i møte med tjenesteyteren (Humerfelt, 2005a; Ekeland & Heggen, 2007). Medvirkning fra tjenestemottaker fremmer en relasjon basert på likeverd og maktutjevning (Humerfelt, 2005a; Hummerfelt, 2005b; Skivenes & Willumsen, 2005). Denne utviklingen anerkjenner tjenestemottakeres erfaring som en komplementær kompetanse i relasjoner med helsetjenester (Leplege, Gzil, Gammelli, Lefevre, Pachoud & Ville, 2007). Det er ingen prosedyre for hvordan denne maktutjevningen skal skje i relasjonen, det er derfor viktig å utvikle en relasjon basert på respekt, tillit og trygghet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker (Humerfelt, 2005a; Hummerfelt, 2005b; Skivenes & Willumsen, 2005).

Tjenestemottakers medvirkningsmulighet er å formidle sin egen forståelse av egen situasjon og egne erfaringer, dette er den fødendes brukerperspektiv (Scherman & Runesson, 2009; Hummerfelt, 2005a). Målet med relasjonen er at forvalteren skal kunne ta del i tjenestemottakerens forståelse av egen situasjon og danne en intersubjektiv forståelse mellom

partene i relasjonen (Humerfelt, 2005a). En forutsetning for et godt helsetjenestetilbud er at en har en forståelse for tjenestemottakers behov (The European Public Administration Network, 2008). Det er slik det fattes en brukerorientert beslutning og/ eller tiltak (Humerfelt, 2005a). NOU 1997: Pasienten først! tar opp hvilke organisatoriske tiltak som er av relevans for å bedre relasjon mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Elementene er: lydhørhet, åpenhet, ansvarlighet, helhet, vennlighet og gjensidighet (Ekeland & Heggen, 2007).

Medvirkning fra tjenestemottaker i en relasjon kan karakteriseres av et kontinuum med forskjellig grad av kontroll mellom partene i relasjonen. Dette kan være i relasjonen til tjenesteyter på individnivå eller i relasjon til flere parter på systemnivå gjennom representanter. Christoffersen delte dette kontinuum inn i 5 ulike stadier; Informasjon, konsultasjon, partnerskap, delegasjon og brukerstyring (Humerfelt, 2005a).

Informasjon er det laveste nivået av medvirkning og omhandler at tjenesteyter gir informasjon til tjenestemottaker. Informasjonen som blir gitt må tilpasses tjenestemottaker individuelle forutsetninger (Kjellebold, 2005). Tjenestemottaker har ingen aktiv rolle. Konsultasjon omhandler at bruker blir tatt med på råd og konsultasjon, men har ennå ingen makt over beslutningen. Makten tjenestemottaker besitter er her i form av å formidle sitt perspektiv og synspunkt på situasjonen. Partnerskap er tredje nivå i medvirkningens kontinuum. Her er det en likestilling mellom tjenestemottaker og tjenesteyter, partene får like mye bestemmelse i beslutningen. I nivået delegasjon har tjenestemottaker mulighet til å treffe beslutninger på noen områder, men ikke alle. Brukerstyring er det høyeste nivået for medvirkning fra tjenestemottaker, her har tjenestemottakeren full myndighet til å treffe beslutninger (Humerfelt, 2005a). Modellen nedfor illustrerer forholdet mellom tjenestemottaker og tjenesteyter i relasjonen og maktforholdet dem imellom.



Figur nr. 2: Modell av kontinuumet for medvirkning til tjenestemottaker (Humerfelt, 2005a: 32)

Hvilken metode og nivå det er tjenestemottakeren er på, har betydning for hvor mye kontroll som er ønskelig i relasjonen. På systemnivå er det ikke ønskelig med mer kontroll enn det nivået som i denne modellen blir partnerskap, da det som oftest er samarbeid med andre (Bate & Roberts, 2006).

I en undersøkelse utført blant jordmødre i England i 2001 (Pope, Graham, Patel, 2001) svarte jordmødre at alle fødende ble informert om deres behandling. Kommunikasjonsproblemer, i situasjoner der mødrene ikke var interesserte og for stor arbeidsmengde for jordmoren, var det som eventuelt hindret jordmor i å gi helhetlig informasjon til den fødende. Jordmødre indikerte at det som var viktigst, var å forstå den fødende kvinnens behov. Stigmatiserende syn på forskjellige sosiale og kulturelle bakgrunner til kvinnene, viste seg hos noen av jordmødrene. Det ble derfor sett på at noen av jordmødrenes holdninger og mangel på ressurser, var den største utfordringen til å iverksette en kvinnesentrert omsorg og dermed møte de forskjellige behovene fra de forskjellige kvinnene (Pope, Graham, Patel, 2001).

### 3.1.1 De forskjellige nivå, arenaer og metoder for medvirkning

Medvirkning fra tjenestemottakere skal skje på alle nivå i helsetjenesten. Det har blitt argumentert for at benyttelsen av medvirkning fra tjenestemottakere i helsetjenester er med å sikre tjenestenes legitimitet, effektivitet og treffsikkerhet. Tjenestemottakerne har en unik posisjon gjennom deres benyttelse av tjenestene og har dermed mulighet for å gi innsikt i hvordan deres opplevelse med tjenestene er og har vært. De kan også formidle hvilke oppfattelse av utviklingsmuligheter som eksisterer i dagen tjenestetilbud.

Det er forskjell i litteraturen om medvirkningen deles inn i to eller tre nivåer (Humerfelt, 2005a; Andreassen, 2005). Det er i denne oppgaven lagt vekt på Andreassens beskrivelse med to nivåer.

Individnivå er i relasjonen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker der det er fokus på tjenestetilbudet til tjenestemottaker og det er på dette tilbudet tjenestemottaker kan medvirke (Humerfelt, 2005a; Andreassen, 2005).

Systemnivå er mellom tjenestemottakere og den offentlige forvaltningen (Humerfelt, 2005a). Medvirkning på dette nivået handler om systemet rundt tjenestemottakeren, der medvirkningen handler om å påvirke utformingen av tjenestetilbud og rammebetingelser for helse- og sosialpolitikken (Andreassen, 2005).

Tjenestemottakers medvirkningsmulighet er gjennom egne og andres tjenestemottakeres kunnskap, erfaringer og perspektiver. På systemnivået er det for det meste organisasjoner for tjenestemottakere som er med å påvirke de forskjellige prosesser gjennom representanter (Andreassen, 2005).

Representanter for tjenestemottakerne er talsmenn som representerer en gruppe tjenestemottakere og deres interesser. Dette kan være personer som selv er tjenestemottakere eller personer som ikke er tjenestemottakere, men som representerer tjenestemottakeres interesser. Dette kan være pårørende eller profesjonelle representanter. Organisasjoner for tjenestemottakere benytter profesjonelle representanter til å ivareta deres medlemmers interesser i forhold til offentlige myndigheter og media. Dette skjer gjennom formidling av medlemmers livserfaringer og perspektiver slik det blir formidlet inn i det politiske beslutningssystemet (Andreassen, 2005). Arenaer for medvirkning fra tjenestemottaker i spesialisthelsetjenesten er flere;

Brukerutvalg er en metode for medvirkning fra tjenestemottaker på systemnivå. Utvalget er et rådgivende organ for helseforetakene som har som formål å bevare tjenestemottakerens perspektiv og meninger på dette nivået i helsetjenesten. De kan komme med deres innspill, men har de ingen legitim makt i beslutningsprosesser i helseforetakene. De har status som observatør der de kan presentere sine synspunkter, men ingen stemmerrett. Brukerutvalg kan også bli kalt brukerråd (Andreassen, 2005).

En annen arena for medvirkninger er i arbeidsgrupper med spesifikke oppgaver.

Tjenestemottakere kommer i arbeidsgrupper tidlig inn i prosessen og får være med å utvikle problemformuleringen og rammene for utviklingen av oppgaven (Andreassen, 2005).

En annen mulighet for brukermedvirkning på dette nivået er deltakelse av tjenestemottakere i helseforetakets styre. Forskjellen her fra brukerutvalg er at tjenestemottakerne i styre er medlemmer på lik linje som de andre medlemmene i helseforetakets styre og dermed har stemmerett og ansvar ovenfor ledelsen (Andreassen, 2005).

Representanter for tjenestemottakerne er også representert i forskjellige organ og utvalg i helseforetaket. Eksempelvis er kvalitetsutvalget, som har brukerrepresentant på oppfordring fra helsetilsynet, for å komme med kvalitetsfremmende tiltak (Andreassen, 2005).

To andre metoder helseforetakene benytter for å få tilgang til brukererfaringer, meninger og perspektiver, er gjennom dialogkonferanse og brukerundersøkelser. Brukerundersøkelser har spørreskjema som går direkte til personer som har vært tjenestemottakere og blir dermed litt annerledes enn ved bruk av brukerorganisasjoner.

Helseforetak har også et samarbeid med organisasjoner for tjenestemottakere omkring pasientopplæring på forskjellige lærings- og mestingsentre (Andreassen, 2005).

Det er i veilederen om brukermedvirkning og brukerreting nevnt flere metoder som kan være nyttige for å inneente denne informasjonen (The European Public Administration Network, 2008);

1. Tilfeldighetsundersøkelser
  - Spørreundersøkelser
  - Brukertilfredshetsundersøkelse
  - Meningsmåling
    - Dette kan skje gjennom telefon, ansikt til ansikt, via post eller internett
2. Kartlegging av brukererfaringer
  - En kartlegging av tjenestemottakers erfaringer, som også inkluderer det emosjonelle aspektet
3. Konsultering
  - Rådføring med interessenter i området som er av interesse.

4. Bruk av IKT for å få tilbakemelding fra tjenesteyterne
  - E- post
  - Nettsider
  - Diskusjonsfora
  - Oppslagstavler
  - Pratefora
  - Tekstmeldinger
5. Intervju
  - Individuelle intervju
  - Fokusgruppe intervju
  - Gruppeintervju
6. Serviceerklæringer
  - Er en erklæring hvor offentlige myndigheter forplikter seg til å ha en viss standard på helsetjenestetilbudet
7. Bruke av kommentarer, ros og klager som tilbakemeldinger (The European Public Administration Network, 2008)

Forskning viser også at deltakelse fra tjenestemottakere i utviklingen av hjelpemateriale som brosjyrer og foredrag kan være gunstig. Forskning har vist at brosjyrer blir mer relevante, lesbare, og forståelige for pasienter generelt dersom pasienter er med i utformingen (Fudge, Wolfe, & McKevitt, 2007). En annen måte for medvirkning var deltakelse fra tjenestemottaker i opplysningsarbeid for helsepersonell. De kan holde foredrag og komme med deres erfaringer om hvordan det er å ha den spesifikke sykdommen og hvordan de ønsket å motta behandlingen og hjelpen (Fudge, Wolfe, & McKevitt, 2007; Bate & Robert, 2006).

### **3.1.2 Erfaringsbasert design**

Erfaringsbasert design (EBD) er en tilnærming til å redesigne helsetjenester. Denne metoden åpner for mer deltakelse fra tjenestemottakere i kvalitetsutviklingen. Det er her ønskelig å få inn tjenestemottakers erfaringer på et tidlig tidspunkt i utviklingen av nye tjenester slik at erfaringene kan være med å påvirke utfallet av designet for de nye helsetjenestene. Det er her ønskelig med en dypere forståelse av tjenestemottakernes erfaringer. Erfaringer fra tjenestemottakere er innen denne tilnærmingen blitt delt inn i seks aspekter: fysisk, sanselig, estetisk, kognitivt, kinetisk og emosjonelt. Alle disse aspektene påvirker opplevelsen med en erfaring. En er ute etter å få tjenestemottakere med i utviklingen, ikke som eksperter eller

ledere, men som en samarbeidspartner i arbeidet med å forbedre det systemet som eksisterer i dag. En samler de erfaringene tjenestemottakere har fra helsevesenet og gjør denne kunnskapen tilgjengelig for dem som forbedrer og utvikler tjenestetilbudene

Baktanken med denne tilnærmingen er at det er tre elementer som påvirker helsetjenestenes kvalitet. De tre elementene er funksjonalitet, sikkerhet og egnethet. Funksjonaliteten omhandler at tjenestene som tilbys skal være hensiktsmessige. Sikkerhet vil i teorien si at det ikke skal forekomme noen uheldige hendelser, men i praksis vil sikkerhet innebære at det forekommer minst mulig av uheldige hendelser. Egnetheten omhandler at tjenestene skal være optimalt tilrettelagt for å fremme behandlingen. Dette kan involvere behandlingen spesifikt, men også miljøet rundt behandlingen som utformingen av behandlingsrommet.

Tjenestemottakere kan ha en lite tilfredsstillende erfaring med å oppleve helsetjenester selv om effekten av helsetjenestene var effektive og målet ble oppfylt. Det er i denne tilnærmingen ønskelig å få en mer positiv kobling mellom tjenestemottaker og tjenestene. Når en benytter erfaringer fra tjenestemottakere må en forstå dem på et dypere plan og ta hensyn til alle aspektene med en erfaring slik som det ble beskrevet ovenfor. Dette illustrerer at det er flere sider ved behandlingen enn den kliniske behandlingen tjenestemottakeren mottar. Det trengs å tas høyde for det i utviklingen av helsevesenet fremover for å gjøre systemet mer brukervennlig (Bate & Robert, 2007; Pickles & Hide, 2008).

Metoden for EDB er gjennom fortellinger fra tjenestemottaker. Det er derfor ønskelig å ha tjenestemottakere med som med- designere i utviklingen av nye helsetjenester der de får medvirke ved å formidle sine erfaringer (Bate & Robert, 2006). Gjennom fortellingen er det tid til å gå i detalj på erfaringene samt gi tid til refleksjon. Derfra skilles faktorer som fremmer gode og negative opplevelse ut. Målet er å bevare de punkter i behandlingen som fremmer gode erfaringer samtidig som en fjerner dem som gir negative erfaringer (Pickles & Hide, 2008). Selv om involvering og medvirkning fra tjenestemottakere har eksistert innen helsetjenester i flere år, kan det stilles spørsmål om den akslerasjonen utviklingen har er god nok da de enda ikke prioriterer pasienten først fremfor andre prioriteringer rundt tjenesteyterne. Den erfarings- baserte tilnærmingen mener at eksisterende metoder og tilnærminger ikke er effektive nok til å produsere den nødvendige forandringen innen den nødvendige tiden (Robert & Bate, 2006).

### 3.2 Kvalitet

Til tross for at det gjennom tiden alltid er blitt arbeidet for å bedre forståelsen av medisinen, dermed helsetilbud, har kvalitetsarbeidet i helsevesenet i Europa kun vært en egen disiplin de siste 30- årene (Mainz & Hundryp, 2007).

Det er tre mål som rettes mot helsetjenesten generelt, og det er at tjenestene er rettferdige, effektive og av god kvalitet. Kvaliteten på helsetjenester påvirkes av fire punkter; kjernetjenester, kontinuitet, koordinasjon og kommunikasjon. Disse punktene blir også kalt de fire K'ene. Kjernetjenestene vil her omfatte forebyggelse, diagnostikk, behandling, pleie og rehabilitering. Kontinuiteten er sammenhengen i pasientforeløpet. Koordinasjonen omhandler planleggingen av helsetjenester tjenestemottakeren har, at disse er i et fornuftig rekkefølge og at det ikke brukes unødvendig mye tid på ventetid, avlysninger, informasjonen er tilgjengelig og god. Kommunikasjonen har betydning da dette er tjenestemottakers mulighet til å beskrive sine behov og forventninger til tjenesteyteren. Når man arbeider med kvalitetsutvikling i helsevesenet må man sette fokus på medarbeidernes kompetanse. Man må sette rammer og vilkår for at alle skal kunne lære å utvikle seg. (Mainz & Hundryp, 2007)

Begrepet kvalitet er omfattende og mangetydig og gjør at innholdet i definisjonen ofte blir avhengig av øyet som ser. Begrepet kvalitet er et fenomen som er forsøkt definert av flere. Det er i denne studien valgt å definere kvalitet etter operasjonaliseringen; pasientsikkerhet, pasienterfaringer og klinisk effektivitet (Robert et al, 2011).

Pasientsikkerhet vil i teorien si at det ikke skal forekomme noen uheldige hendelser, men i praksis vil sikkerhet innebære at det forekommer minst mulig av uheldige hendelser.

Pasienterfaring vil si de erfaringer et menneske har med helsevesenet i det de blir satt i en situasjon som pasient. Dette vil si alle aspekter det er med erfaring og som berører de sansene vi har. (Bate & Robert, 2007; Kristoffersen, 2005). Klinisk effektivitet ble tidligere i oppgaven definert som resultatbevist (Bakke, 2010)

Kvalitetsutvikling er en kontinuerlig prosess som karakteriseres som en kontinuerlig endringsprosess, som pågår innen rammene for eksisterende kunnskap. I helsevesenet har kvalitetsutviklingen som formål å heve standarden og kvaliteten på tjenestetilbudet som er tilgjengelig. Hvilke metoder som benyttes for kvalitetsforbedring og ivaretagelse av tjenestemottaker gjennom involvering, er situasjonsavhengig. Hvilke momenter ved tjenestetilbudet det er som trenger forbedring er avgjørende for valg av metode. Ved de



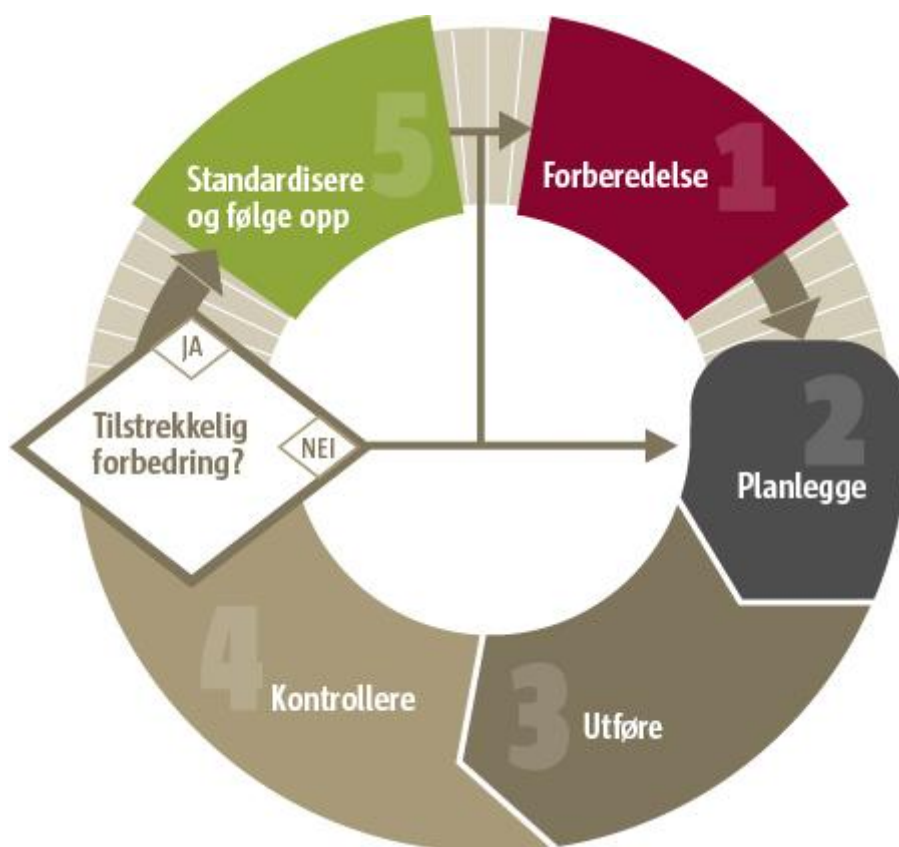
forskjellige metodevalgene er det forskjell i tjenestemottakers mulighet for involvering og brukermedvirkning(Mainz & Hundryp, 2007; Kuntstad, 2010).

Den første norske strategien for kvalitetsutvikling i helsevesenet ble utgitt i 1995. Bakgrunnen for denne strategien var at det var variasjon i tilgjengelighet for helsetjenester i forskjellige deler av landet, i tillegg til uønskede hendelser og inspirasjon fra WHO`s strategi ”Helse for alle i år 2000” (Bakke, 2010)

Den mest kjente modellen for kvalitetsutvikling ble utarbeidet av W.E. Deming. Ut fra Demings teori er det nødvendig med kontinuerlige tilbakemeldinger fra tjenestemottaker for å kunne tilpasse tjenestetilbudet til det stadig endrende helsetjenestebehovet (Knutstad, 2010).

Denne modellen er også kalt PUKK etter punktene i modellen; planlegge, utføre, kontrollere, korrigerer. Modellen er tegnet som en sirkel der arbeidet pågår kontinuerlig.

Kunnskapsenteret har videreutviklet denne modellen ved å implementere en ny fase: forberedelsesfasen. Dette utgjør 5 faser i kvalitetsutviklingsprosessen (Knutstad, 2010; Kunnskapsenteret,s.a.a):



Figur nr. 3: Modell over metode for kvalitetsforbedring (Kunnskapsenteret,s.a.a)

1. Prosessen begynner med forberedelsesfasen. I denne fasen må alle parter som kan bli berørt eller er interessenter av en prosess kontaktes, informeres og involveres, både før og under selve prosessen (Kunnskapssenteret, s.a.b).
  
2. Den neste fasen er planleggingsfasen. I denne fasen er det flere elementer. Før en kommer i gang med forbedringene må en kartlegge dagens situasjon og områder med forbedringspotensial. Dette kan bli en base- line i situasjonen som studeres. Når en evaluerer forbedringen senere i prosessen kan en sammenlikne med denne base- line for å se om det er forandringer. Neste elementet i denne fasen er å spesifisere prosessmål og resultatmål. Prosessmål evaluerer hvordan elementer i prosessen fungerer og kan måles underveis i selve prosessen. Resultatmål er en evaluering av prosessen i sin helhet. Hvilke måleindikatorer som velges avhenger av målsetningen en forsøker å oppnå. Det siste elementet i denne fasen er å velge verktøy for hvordan denne forbedringen kan gjøres (Kunnskapssenteret, s.a.c).
  
3. Utfører fasen er den tredje fasen og handler om å iverksette forbedringstiltak. Det er noen vurderinger som må gjøres på forhånd for å få best mulig resultat.
  - Distribudere informasjon til de berørte parter
  - Sette en avgrensning i tid for studiens varighet
  - Benytte sjekkliste for å kontrollere at forbedringstiltakene blir iverksatt
  - Vurdere pilotundersøkelse av forbedringstiltak for å evaluere effekt før en iverksetter i større skala (Kunnskapssenteret, s.a.d).
  
4. Den neste fasen er kontrollfasen. I denne fasen evalueres og kontrolleres det at de målene som har blitt satt for prosessen er blitt nådd. Her kan det være aktuell og innhente informasjon fra berørte av prosessen hva de synes om forbedringstiltakene og resultatene. Avviksmeldinger og intern revisjon kan metoder for å evaluere resultat av prosessen. Dersom resultatet av forbedringstiltak ikke er tilfredsstillende må en gå tilbake til første fase og andre fase og begynne på nytt med nye forbedringstiltak (Kunnskapssenteret, s.a.e).

5. Den neste og siste fasen i prosessen heter standardisere og følge opp. Denne fasen vil si at en standardiserer forbedringstiltak og gjør dem til rutiner. Dette kan gjøres gjennom forandring av internkontrollsystem, prosedyrer og lignende. Forskning har vist at når forbedringstiltak har mistet sitt fokus går også disse tiltakene i glemmeboken. Det kan derfor være en idé å ha noen vedlikeholdskontroller av forbedringstiltakene og resultatene i en stund etterpå, gjerne år, for å se at forbedringstiltakene faktisk har blitt ny rutine og vane (Kunnskapssentert, s.a.f).

## 4.0 Metodologi

I dette kapitlet vil det beskrives hvordan jeg metodisk har gått frem for å besvare studiens problemstilling. Den vitenskapelige forankringen for oppgaven vil bli presentert etterfulgt av designet for studien, metoden som er benyttet, utvalg og datainnsamlingsprosessen, analysen og metodiske vurderinger som er gjort underveis i studien.

### 4.1 Vitenskapsteoretisk forankring

I vitenskapsteorien er det en grunnleggende uenighet av hva som er virkelighet, sannhet og kunnskap. Det er av den grunn nødvendig å beskrive hvilken vitenskapsteoretisk referanseramme som er gjeldende for den spesifikke studien, da studien må forstås ut fra denne referanserammen (Jacobsen, 2005). I denne oppgaven forsøkes det å undersøke, forstå og beskrive hvordan tjenestemottakere blir tatt med i kvalitetsarbeidet innen fødselsomsorgen. Pragmatismen er benyttet som den vitenskapsteoretiske referanserammen i oppgaven. Det er i følge denne teorien ingen objektiv sannhet. Virkeligheten og sannheten forandres ut fra kontekst, språk og erfaring. Et begrep får sin mening kun gjennom sine praktiske følger og dermed anvendelse (Korsnes, 2008). Det er ifølge den pragmatiske teorien opp til problemstillingen å velge tilnærming og metode. Kvalitativ og kvantitativ tilnærming trenger ikke i denne teorien å være motsetninger, men kan benyttes parallelt da de har et komplimenterende forhold til hverandre (Jacobsen, 2005).

### 4.2 Forskningsdesign

Denne studien ønsker å besvare problemstillingen:

***”Hvordan kan tjenestemottakeren medvirke i kvalitetsutviklingen innen fødselsomsorgen med utgangspunkt i nasjonale føringer for slikt arbeid?”***

Denne problemstillingen utdypes i 3 forskningsspørsmål som alle prøver å kartlegge og beskrive dagens nasjonale føringer for medvirkning i kvalitetsutviklingen i fødselsomsorgen i Norge. Med denne problemstillingen passer det med et beskrivende design, da designet har som formål å avdekke de faktiske forholdene knyttet til nasjonale føringer for fødselsomsorgen i Norge per dags dato.

Tilnærmingen som er valgt er en systematisk dokumentanalyse. Denne tilnærmingen er valgt for å kunne gå systematisk gjennom utvalget samtidig som det kan svares på problemstillingen (Grønmo, 2004). En dokumentanalyse er når forskere benytter seg av data

og skriftlig materiale (Jacobsen, 2005) og gir dem status som kilde for studien (Repstad, 2007). Det er i denne studien valgt dokumentanalyse som metode for å få tilgang til de nasjonale dokumentene som legger føringer for fødselsomsorgens kvalitetsutviklingsarbeid og benytte dem som utvalg for studien. Det er i denne studien benyttet snøballmetoden som utvalgsstrategi. Strategien omfatter at en benytter referanser i dokumenter som kilde til nye mulige relevante dokumenter (Lynggaard, 2011).

#### **4.4 Systematisk dokumentanalyse**

Det vil her presenteres hva som konkret er gjort for å skape systematikk i forskningsprosessen og analysen.

##### **4.4.1 Utvalg av enheter**

Utvalget til denne studien vil bestå av offentlige dokumenter som er styrende for den norske fødselsomsorgen. Størrelsen på utvalget var uvisst i begynnelsen av forskningsprosessen. Utvelgelsesstrategien som ble benyttet for å finne de offentlige rapportene av relevans til denne studien er snøballutvelgelse, som er en form for strategisk utvelgelse (Grønmo, 2004).

Det begynte med dokumentet St. meld. 12 (2008-2009) – *En gledelig begivenhet* som var anbefalt av flere parter som et viktig dokument for fødselsomsorgen. Dette dokumentet var av nyere dato og var omfattende innen fødselsomsorgen som gjorde at det var et godt utgangspunkt for videre forskning da det var flere kilder i dokumentet (Repstad, 2007).

Dokumentet dannet dermed grunnlaget for starten av utvalget da det passet til inklusjonskriteriene. Det var gjennom dette dokumentet det ble referert til flere utgitte og fremtidige relevante dokumenter for studien som igjen også har ledet til andre relevante dokumenter (Lynggaard, 2010). Denne utvelgelsesstrategien har vært svært hensiktsmessig for problemstillingen da det er et nettverk gjennom de forskjellige dokumentene som er av relevans. Dokumentene bygger på og referer til andre dokument, noe som gjør denne metoden mer egnet (Grønmo, 2004).

Det var først under selve innsamlingen av data at det ble klart hvilke dokumenter som ble tatt med da de passet til inklusjonskriteriene.

##### **Inklusjonskriterier**

- Dokumenter av relevans for fødselsomsorgen
- Dokumenter på nasjonalt nivå
- Dokumenter som legger føringer for kvalitetsutviklingen innen fødselsomsorgen.

- Dokumentene gir mulighet for å involverer tjenestemottaker i kvalitetsforbedringer
- Dokumentene er offentlige
- Dokumentene er utformet eller godkjent av institusjonelle kilder.

### **Eksklusjonskriterier**

- Dokumenter som har et relevant innhold, men som er tatt opp i et nyere dokument.
- Dokumenter som ikke er relevante for fødselsomsorgen.
- Dokumenter som ikke omhandler tjenestemottakers mulighet for involvering i forbedringsarbeidet innen kvalitetsarbeidet.
- Dokumenter på regionalt eller lokalt nivå.
- Dokumenter som er lukket for offentligheten.
- Dokumenter som er utformet av personlige kilder uten annen godkjenning.

Det er ønskelig ut fra problemstillingen å se på dokumenter som er på nasjonalt nivå, da inkludering av dokumenter på regionalt og lokalt nivå ville vært for omfattende for en masteroppgave. Dette medfører at dokumenter fra regionalt og lokalt nivå vil bli ekskludert. Denne studien har som formål å studere fødselsomsorgen. De dokumenter som inkluderes må derfor være av relevans for dette området. Dette vil også inkludere dokumenter som legger generelle føringer. Dokumenter som ikke er av relevans for fødselsomsorgen er blitt ekskludert fra studien. Da det er ønskelig å beskrive tjenestemottakers rolle og medvirkningsmulighet i fødselsomsorgen, er det nødvendig at dokumentene beskriver tjenestemottakers involvering i tjenestetilbudet. Dersom dokumentene ikke behandler involvering av tjenestemottaker er de blitt ekskludert. Det er flere dokumenter som det blir henvist til i nyere dokumenter. Dersom nye dokument dekker det vesentlige fra det eldre dokumentet, er det eldre dokumentet blitt ekskludert fra studien. Dokumentene må være tilgjengelige for offentligheten og institusjonelle kilder da det er styringsdokumenter som er relevant for problemstillingen og ikke personlige kilder.

Utvalget av dokumentene som er med i studien er her presentert med en kort introduksjon. Navnet som står i kursiv er det navnet som vil bli benyttet videre i studien som henvisning til det respektive dokumentet:

Dokument	Tittel	Relevans/hensikt
Nr. 1	St.meld. nr.12 (2008-2009) – <i>En gledelig begivenhet</i> Om en sammenhengende svangerskaps-, Fødsels- og barselomsorg.	Formålet med dette dokumentet er at gravide, fødende og familien skal oppleve en helhetlig og sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg samt gode likeverdige helsetjenester.
Nr. 2	Et trygt fødetilbud - <i>Kvalitetskrav til fødselsomsorgen</i> (2010)	Har som formål å gi et bedre og mer forutsigbart fødetilbud, med kvalitet i alle ledd.
Nr.3	” <i>Utviklingsstrategi for jordmortjenesten</i> ” tjenestekvalitet og kapasitet (2010)	Hensikten er at denne skal føre til en bedre og mer tilgjengelige jordmortjeneste
Nr.4	Meld. St. nr. 16 <i>Nasjonal helse og omsorgsplan</i> (2011- 2015)	Presenterer status for helsetjenestene slik de er i Norge i per dags dato samt politiske prioriteringer gjort for å forbedre helse, omsorg og forebyggingsarbeidet i Norge i dag.
Nr. 5	<i>Nasjonal helseplan</i> (2007- 2010)	Presenterer status for helsetjenestene slik de var i Norge i 2007 og politiske mål for hvordan de kan forbedres for å heve kvaliteten.
Nr. 6	<i>...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial og helsetjenesten. Til deg som leder og utøver</i> (2005)	Dette er en veileder hvor det påpekes enkelte valg og muligheter for kvalitetsheving på helse og sosialtjenesten.
Nr. 7	<i>...Og bedre skal det bli! Rapport fra kunnskapssenteret</i> (2008)	Gir en systematisk beskrivelse over metode for å forbedre kvalitetene på helse og sosialtjenestene.
Nr.8	<i>Hvordan kommer vi fra visjoner til handling? ...og bedre skal det bli!</i> Praktiske anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten (2007)	Dokumentet er en sammenfatning av anbefalingene gitt i de 6 forskjellige rapportene gitt fra arbeidsgruppene gitt på området ... og bedre skal det bli!.
Nr.9	<i>... og bedre skal det bli! Styrk brukeren</i> Arbeidsgruppens anbefalinger til delmål og tiltak (2006).	Dette er en rapport med konkrete tiltak og områder hvor tjenestemottaker kan bli styrket og gis større innflytelse på helse og sosialtjenester.
Nr. 10	<i>Hvordan holde orden i eget hus.</i> Internkontroll i helse og sosialtjenesten (2009).	Hensikten med internkontroll er å oppnå kvalitetsforbedring. Dette er en veileder utarbeidet på bakgrunn av forskriften om internkontroll. Et grunnleggende element i forskriften er å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten.
Nr. 11	Ot.prp. nr. 12 (1998-99) Lov om pasientrettigheter ( <i>pasientrettighetsloven</i> )	Loven har som formål og gi hele Norges befolkning likeverdige rettigheter til helsetjenesten og ivareta tjenestemottakers integritet, respekt for den enkeltes liv og menneskeverd i samhandling med helsepersonell og helsetjenesten.
Nr. 12	Ot.prp. nr. 13 (1998-99) Om lov om helsepersonell m.v. ( <i>helsepersonelloven</i> )	Loven har som formål å bevare sikkerheten til pasientene ved mottak av helsehjelp samtidig som den skal hjelpe å bedre tilliten til helsepersonell og helsetjenestene.
Nr. 13	Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m. ( <i>helseforetaksloven</i> )	Loven har som formål og sikre at målsettingene i lov om spesialisthelsetjeneste og lov om pasientrettigheter oppfylles. Det blir her spesifisert av hvordan helseforetakene skal planlegges, organiseres, legge til rette for undervisning og forskning.
Nr. 14	Ot.prp. nr. 10 (1998-99) Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m ( <i>spesialisthelsetjenesteloven</i> )	Loven har 6 satsingsområder; å fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming og legge til rette for at tjenestene blir tilpasset pasientens behov, sikre tjenestetilbudets kvalitet, sikre et likeverdig tjenestetilbud, at ressurser blir utnyttet mest effektivt og at tjenestene er tilgjengelige for pasientene.

Tabell nr. 1: Tabell over utvalg

#### 4.4.2 Datainnsamling

Det fenomenet som er ønskelig å studere i denne studien er hvilken rolle tjenestemottaker har i den norske fødselsomsorgen og hvordan dette er synliggjort i de nasjonale føringene.

Datainnsamlingen ble gjort gjennom en dokumentundersøkelse av styrende nasjonale dokumenter for fødselsomsorgen.

Utvalget startet med St. meld. Nr. 12 *En gledelig begivenhet*. Dette dokumentet refererte til flere andre relevante dokumenter for studien som igjen har referert til andre relevante dokumenter. For å avgjøre om det dokument var av relevans ble de deler av dokumentet som kunne vært av interesse ut fra referanselisten gjennomlest, dersom dette ikke var fruktbart ble dokumentet gjennomløst ved bruk av søkeord. Noen av dokumentene, de eldste lovene, måtte kopieres over i skriveprogram for å kunne gjennomløst ved søkeord. Flere dokumenter ble ekskludert underveis, men noen av disse hadde også referanser til andre dokumenter som var av interesse. Flere av inklusjons- og eksklusjonskriteriene er implementert underveis ettersom forskjellige typer dokumenter kom frem gjennom søkeprosessen. Utvalget besto til slutt av 14 dokumenter. For å sikre at ingen relevante dokumenter er blitt oversett er det utført en kontroll av dokumentene som ligger inne på Helse og omsorgsdepartementet sine sider som styringsdokumenter innen sykehus (Helse og omsorgsdepartementet, s.a.). Det ble i tillegg tatt kontakt med personer i lederstillinger på fødeavdeling og lektor innen juss, og spurt om de så noen dokumenter som manglet, som kunne være av relevans for problemstillingen.

#### 4.4.3 Analyse

Analysen som har blitt benyttet er en innholdsanalyse inspirert av Jacobsen. Analysen kategoriserer først dataene for deretter å finne tema gjennom kategoriene (Jacobsen, 2005).

##### 4.4.3.1 Dannelse av kategorier

Denne fasen av analysen handler om å gjøre datamaterialet mer håndterbart (Jacobsen, 2005).

For å finne relevante data ble det hentet begrep av interesse fra teorien. Begrepene ble satt inn i en tabell over søkeord som var nødvendige for å finne data relatert til problemstillingen.

Hvert dokument ble gjennomløst for begrepene i tabellen. Da flere søkeord kom til underveis i søkene ble det utført flere søkerunder etter relevant data i dokumentene.

Første søk dannet et grunnlag og hjalp med å finne andre relevante søkeord fra dokumentene, det var de samme søkeordene som ble benyttet gjennom alle dokumentene selv om det kom til



nye søkeord. For å finne frem til flest mulig bøyingsformer av søkeordene måtte bare stammen til de forskjellige begrepene benyttes som søkeord, dette ble rettet opp på andre runde. Da alle dokumentene var gjennomgått ble de prosessert for andre gang for å søke opp de stikkordene som ble funnet underveis i den første søkerunden. Dette var for å holde orden i at alle dokumentene ble gjennomført med de samme søkeordene og dermed behandlet likt. Dette var en oversiktlig måte å bevare orden i søket. Søkeordene som ble benyttet var:

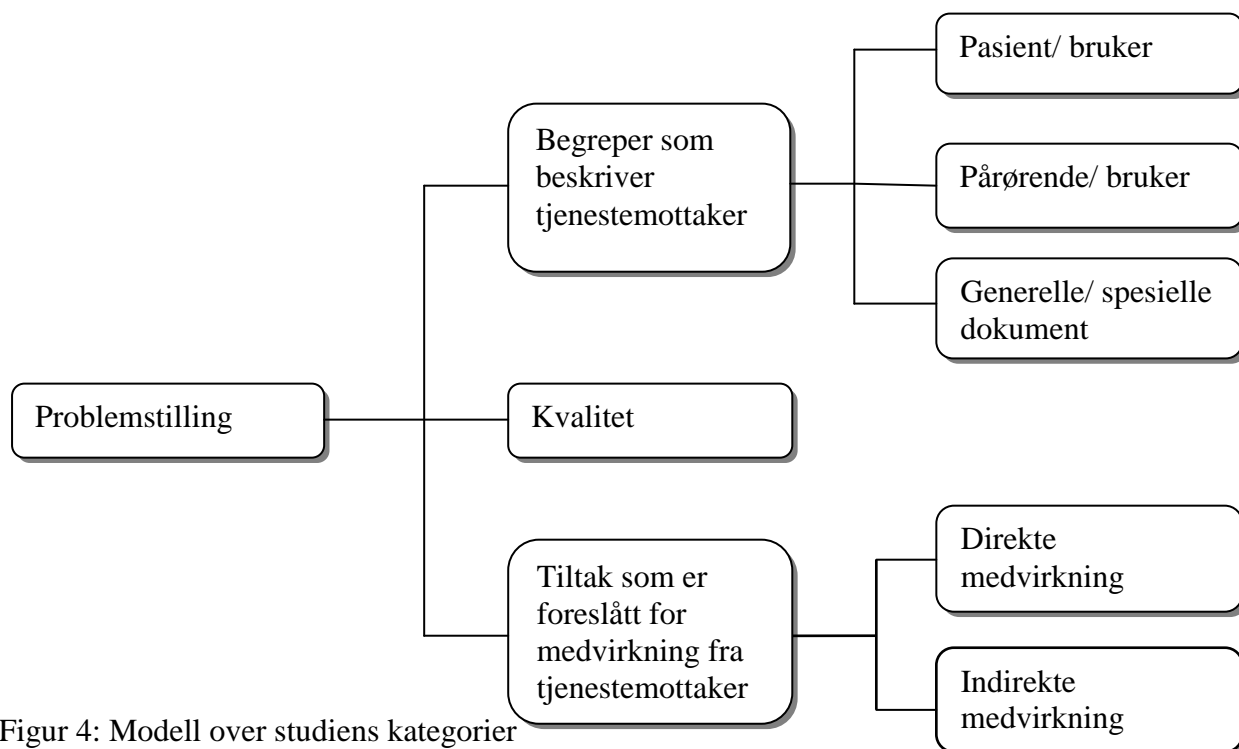
Søkeord første gjennomgang	Søkeord andre gjennomgang
Bruker	
Pasient	
Kvinne	
Fødende	
Effektivitet	
(Bruker-, pasient-) perspektiv	
Medvirkning	Medvirk(-e, -ning)
(Bruker-, pasient-) undersøkelse	
Brukerutvalg	Utvalg
(Bruker-, pasient-) organisasjoner	(Bruker-, pasient-) organ(-isasjon)
Involvering	Involver (-e, -ing)
Opplevelse	Oppleve (-lse, er-, -)
Erfaring	Erfar (-e, -ing)
Oppfattning	Oppfatt (-e, -ning)
Fortelling	Fortell (-e, -ing)
Uheldig hendelse	Uhel(-l, -dig hendelse, -dige konsekvenser)
Uønsket hendelse	Uønske (-t, -de hendelse)
Utilsiktet hendelse	Utilsikte (-t, -de hendelse)
Feil	
Sikkerhet	
	Kvalitet
	(Bruker-, pasient-) råd
	Klage
	(Bruker-, pasient-) ønske
	(Bruker-, pasient-) grupper
	Deltakelse
	Innflytelse
	Kompetanse
	Tilbakemelding
	(Bruker-, pasient-) panel
	(Bruker-, pasient-) tilfredshet
	(Bruker-, pasient-) retting
	(Bruker-, pasient-) represent (-ant, -ert, -asjon)
	(Bruker-, pasient-) kunnskap

Tabell nr. 2: Tabell over søkeord

Det ble videre laget en annen oversikt over hvert dokument der relevant informasjon fra søkene etter relevante data ble ordnet. Denne oversikten strukturerte dataene fra de forskjellige dokumentene og gjorde dermed dataene mer håndterlige til analysen. Frekvensen for anvendelsen av hvert begrep i de respektive dokumentene ble notert ned.

Ved innhenting av data fra de forskjellige dokumentene til oversikten kom det frem kategorier som var av interesse for problemstillingen og som kunne svare på forskningsspørsmålene.

Disse tre kategoriene viste seg å være for brede til å håndtere. Det ble derfor utviklet underkategorier for å strukturere datamaterialet. Kategoriene for analysen ble dermed;



Figur 4: Modell over studiens kategorier

#### 4.4.3.2 Tilordninger av enheter til kategorier

Det er i denne fasen av analysen en går fra å studere forskjellige dokumenter til å studere en oversikt som går på tvers av dokumentene. I denne fasen av analysen ble de relevante dataene fra de forskjellige dokumentene plassert i en oversikt til hver kategori. Dette er frekvensen av de forskjellige benyttede begrepene sammen med utdrag av data fra de respektive dokumentene (Jacobsen, 2005). Et eksempel er:

#### **Nasjonal helse og omsorgsplan 2011- 2015**

Pasient: 409 forekomster

For ikke å miste oversikten over hvilke dokumenter de forskjellige dataene kommer fra, ble det brukt fargekoder. Data fra dokumentet *Nasjonal helse og omsorgsplan* ble farget gul. Slik fikk hvert dokument sin egen farge, som gjorde kategorioversikten systematisk og forståelig.

...tvers av nivåene skal pasienter og brukere oppleve å få helhetlig og samordnet behandling. Brukernes rolle skal bli tydeligere.

Underveis i denne kategoriseringen av utsagn og frekvens ble det skrevet ned kommentarer angående spørsmål som dukket opp, personlige kommentarer til resten av dokumentet, koplinger til andre dokument. For at det skulle være en klar forskjell på hva som var utdrag fra dokumentene og hva som var egne kommentarer, ble mine egne kommentarer satt i kursiv.

Ved kategoriseringen ble det dannet frekvenstabeller over de forskjellige begrepene som ble brukt som søkeord innen hver respektive kategori. Disse tabellene skulle være til hjelp med å gi et mer distansert perspektiv på de forskjellige begrepene og hvor ofte de blir benyttet.

Under vises et eksempel på en slik frekvenstabell. Her vises hyppighet av ordet kvalitet benyttet i hvert dokument. \* i tabellen indikerer at dette dokumentet har en definisjon på dette begrepet.

Dokument	Kvalitet	Pasientsikkerhet
<i>En gledelig begivenhet</i> (2008-2009)	91*	5
<i>Kvalitetskrav til fødselsomsorgen</i> (2010)	101*	1

Tabell nr. 3: Tabell over eksempel på funn

#### 4.4.3.3 Sammenbinding

I denne delen av analysen blir det gjort et forsøk å koble sammen de forskjellige dataene i hver kategori med hverandre, og andre forhold som påvirket. Frekvenstabellene ble her studert for å se om det var et mønster i benyttelsen av de forskjellige begrepene. Dataene i de forskjellige kategoriene ble også studert for å se om det var noe mønster som kom frem. De forskjellige funnene ble deretter sett i lys av andre forhold enn dataene i seg selv (Jacobsen, 2005). Da det kom frem uenigheter i data ble det forsøkt å søke forklaringer på slike variasjoner.

Et slikt eksempel kan være benyttelsen av de forskjellige begrepene som benyttes for å beskrive tjenestemottaker. Hva er grunnen til at de forskjellige dokumentene benytter

forskjellige benevninger? Kan det være at noen dokumenter har definisjoner og derfor holder seg til de definerte begrepene? Eksempelvis dokumentet Pasientrettighetsloven som definerer begrepet pasient og benytter dette hyppig gjennom hele dokumentet; hvordan er da benyttelsen av begrepet bruker? Er dette like hyppig benyttet, eller kan det være sammenheng med tiden dokumentet ble dannet at det ikke da var vanlig med andre betegnelser på tjenestemottaker? Det er her sett etter mulige forhold innad i dokumentene som påvirker hverandre.

#### **4.5 Krav til forskning**

Det stilles to krav til forskning, nemlig krav til validitet og reliabilitet. Gjennom disse to punktene vurderer en kritisk dataene som blir samlet inn.

##### **4.5.1 Validitet**

Validitet i forskning omhandler kunnskapens gyldighet og relevans. Validering er et virkemiddel for å få en kritisk refleksjon rundt forskningsprosessen som er benyttet i dette prosjektet. For å avgjøre kunnskapens gyldighet må en stille seg reflektert over hvilke data som er samlet inn og hvilke begrensninger dataene har (Malterud, 1996). Dette kan igjen deles opp i to underpunkter; *intern gyldighet* og *ekstern gyldighet*.

*Intern gyldighet* går på om det er grunnlag i empirien til å trekke de konklusjoner som gjøres (Jacobsen, 2005). Det er i denne studien benyttet kvalitativ tilnærming som gjør at de fenomener som utforskes blir godt beskrevet gjennom empirien. Det er i etterkant av analysen og produksjonen av empirien gjennomgått resultatene kritisk for å kontrollere at resultatene stemmer overens med dokumentene.

*Ekstern gyldighet* omhandler om resultatene er relevante i andre sammenhenger, om de er overførbare. Da må resultatene være representative også for den andre sammenhengen som det ønskes å benytte resultatene (Jacobsen, 2005). Flere av dokumentene som er med i utvalget er generelle for helsetjenesten, det vil si at mange av funnene er av relevans for hele spesialisthelsetjenesten. Da fødselsomsorgen er en mindre gruppe på grunn av rask progresjon gjennom fødselsøyeblikket og videre i barseltid, er det mulighet for å sammenlikne fødselsomsorgen med andre små grupper innen helsetjenesten.

##### **4.5.2 Reliabilitet**

Reliabilitet i forskningen handler om pålitelighet og troverdighet. Det omhandler datainnsamlingens pålitelighet og om håndteringen av kunnskap er gjort på en systematisk og ærlig måte som skaper troverdighet (Malterud, 1996). Det er i denne studien ivaretatt gjennom

å gi en detaljert beskrivelse av forskningsprosessens forskjellige stadier og redegjøre for de metodiske og etiske overveielser som er gjort underveis.

#### 4.5.3 Metodiske vurderinger

I et forskningsprosjekt vil en komme over forskjellige etiske og metodiske problemstillinger. Det er moralske overveielser en må gjøre seg om undersøkelsens mål og metoder.

Forskningsetiske hensyn som er tatt i denne studien er rederlighet og åpenhet for egen feilbarhet. Rederligheten i forskningen forstås her som å etterstrebe i best mulig grad å finne sannheten. For å bevare disse etiske hensynene er det skrevet en detaljert beskrivelse av fremgangsmåten som er gjort i denne studien av datainnsamling, analyse og de metodiske overveielser som er gjort underveis i studien (Forskningsetiske komiteer, 2009).

Det er tidligere uttalt at relasjonen mellom forsker og forskningsobjekt ikke kan elimineres fullstendig selv om dette har vært ønsket av flere (Jacobsen, 2005). Da denne relasjonen eksisterer må forsker være oppmerksom på egen forforståelse for å forhindre at den påvirker de valgene som tas underveis i forskningsprosessen. Forforståelse er erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og andre teoretiske referanserammer som vi har ved prosjektets begynnelse. Som sykepleier har kvalitet alltid vært et fokusområde, men jeg har ingen tidligere erfaring fra fødselsomsorgen. Dette kan være en styrke da jeg kan være mer objektiv til de data som innhentes da det ikke eksisterer noen avhengighetsforhold for kan påvirke forskningsprosessen og resultatene. Samtidig er kan dette være negativt da jeg ikke har noen dybdekunnskapen innen fagfeltet (Malterud, 1996).

Et negativt aspekt med frekvensanalyse av begrepsbruken i dokumentene er at det er benyttet søkeprogrammer for å telle frekvensen av de forskjellige ordene. Dette ble gjort da hyppigheten av de forskjellige ordene i dokumentene kunne være veldig høy. Ved noen av ordene har det vært nødt å ta manuelle søk etter et elektronisk søk for å finne ut hvor mange av treffene på søkeordet som er av relevans. Dette ble eksempelvis gjort ved ordet erfaring da det er flere former for erfaring. Dette er av relevans når det kommer til begrepet ”bruker”. Disse to formene benytter samme stavemåte og kan bare skilles ved å analysere setningen. Hyppigheten var så høy at det hadde vært vanskelig å gjennomføre en oversiktlig manuell gjennomgang av dette begrepet. Dette begrepet kan benyttes som verb og som substantiv. Det ble forsøkt å telle frekvensen på de forskjellige ordene manuelt, men denne

innsamlingsmetoden ble mindre korrekt da det førte til feiltelling, da frekvensen på ordene var hyppig. Det er eksempelvis benyttet begrepet ”pasient” med en frekvens på over 1000 i to av dokumentene. Dette ble for mye å holde kontroll over manuelt. For å få mest korrekt telling av ordene ble bare stammen på begrepene benyttet slik en fikk med forskjellige bøyninger og endinger på ordet. Et eksempel på dette er søket på medvirkning. Søkeordet som ble benyttet var Medvirk, da hadde en mulighet for å få med endingene (-e og -ning).

Da dette er et litteraturstudium av dokumenter, er det relevant med en kildekritikk ovenfor de forskjellige dokumentene for å se at dokumentene er av relevans og har en standard som er ønskelig for denne studien. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene fungerer som kildekritikk i denne studien. Det er tatt med forskjellige rapporter fra strategien... *Og bedre skal det bli!* Dette er fordi de forskjellige dokumentene belyser forskjellige perspektiv som er av relevans for kvalitetsstrategien. Det er også tatt med to forskjellige nasjonale helseplaner. Dette er fordi de hadde så forskjellig perspektiv at de var av relevans begge to. Utvalget består av 14 dokumenter der bare 3 av dem er spesielt rettet mot fødselsomsorgen. Utvalget ble slik da kvalitetsutviklingsdokumenter på nasjonalt nivå ofte er generelle. Det ble sett på flere nasjonale dokumenter som var rettet mot fødselsomsorgen, men disse var rettet mot behandling og ikke mot den fødende og medvirkningsmuligheter.

Datainnsamlingsmetoden som er benyttet i denne studien er snøballmetoden som er en form for strategisk utvelgelse. Denne metoden ble valgt da utvalget ikke var klarlagt og usikkert i begynnelsen av studiet. Siden det ikke er benyttet en metode for sannsynlighetsutvelgelse i denne studien har det vært ekstra viktig å være nøye med kriteriene som er satt for inklusjon og eksklusjon. Et viktig spørsmål har da vært om bredden av materiale innen området er dekket (Grønmo, 2004). Det er av den grunn jobbet mye mer inklusjon og eksklusjonskriteriene gjennom hele prosessen. Det har vært tilfeller der inklusjons- og eksklusjonskriterier er implementert underveis, dette har ført til at enkelte dokumenter som opprinnelig var inkludert i studien, ble ekskludert.

Dokumentene i utvalget refereres ikke i løpende tekst, ut over at de forskjellige dokumentene blir navngitt. Dette er siden disse dokumentene er datamaterialet mitt og ikke tilleggs litteratur. Dokumentene presenteres i tabell nr. 1. og er ført opp i litteraturlisten.

## 5.0 Resultat

I denne oppgaven forsøkes det å undersøke, forstå og beskrive hvordan kvinnene bli tatt med i kvalitetsarbeidet innen fødselsomsorgen. Resultatkapittelet er delt inn i tre underkapitler etter som analysen resulterte i tre kategorier av resultat.

### 5.1 Begrep som beskriver tjenestemottaker

Gjennom analysen av de forskjellige dokumentene ble det tydelig at det blir benyttet forskjellige begreper for å beskrive tjenestemottaker samt deres rolle. For å forstå valgene som er gjort i benyttelsen av de forskjellige begrepene, har det blitt søkt etter en definisjon på valgte begreper i de relevante dokumentene. Som det fremkommer i tabellen under benytter de ulike dokumentene forskjellige begreper på tjenestemottaker. De dokumentene som kommer med definisjoner på de forskjellige begrepene de benytter, har en \* bak frekvensen i tabellen. Definisjonene presenteres nedenfor tabellen.

Dokument	Pasient	Bruker	Fødende	Kvinne	Person	Pårørende	Familie
<i>En gledelig begivenhet</i> (2008-2009)	52	83 *	68	283	12	2	50
<i>Kvalitetskrav til fødselsomsorgen</i> (2010)	60*	15	32	137	1	3	4
<i>Utviklingsstrategi for jordmortjenesten</i> (2010)	21	71	44	234	15	1	42
<i>Nasjonal helse og omsorgsplan</i> (2011- 2015)	409	276	2	22	114	72	22
<i>Nasjonal helseplan</i> (2007-2010)	240	129	0	37	54	23	7
<i>Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring</i> (2005)	20	119*	0	3	3	6	5
<i>...Og bedre skal det bli! Rapport fra kunnskapssenteret</i> (2008)	262	404*	0	4	33	92	17
<i>Hvordan kommer vi fra visjoner til handling? ...og bedre skal det bli!</i> (2007)	18	141	0	0	3	1	1
<i>... og bedre skal det bli! Styrk brukeren</i> (2006).	32	323	0	7	42	7	4
<i>Hvordan holde orden i eget hus</i> (2009).	11	27	0	0	5	7	1
<i>Pasientrettighetsloven</i> (1998-99)	2435*	34	0	11	–	159*	13
<i>Helsepersonelloven</i> (1998-99)	1307	38	1	7	–	55	11
<i>Helseforetaksloven</i> (2000-2001)	397	114	0	6	–	17	6
<i>Spesialisthelsetjenesteloven</i> (1998-99)	813	23	0	0	–	25	1

Tabell nr. 4: Frekvenstabell over begrep som beskriver tjenestemottaker

Begrepet ”pasient” blir bare definert i *Pasientrettighetsloven* selv om begrepet brukes i de fleste av dokumentene. Her blir en ”pasient” beskrevet som *en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen* kom med beskrivelsen *Pasienter innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg den gravide/fødende og hennes barn. Det er de som er mottakere av helsehjelp og helsetjenester innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen, som er definert som pasienter og har pasientrettigheter i henhold til pasientrettighetsloven*

Begrepet ”bruker” derimot blir beskrevet i flere av dokumentene. I dokumentet *En gledelig begivenhet* blir ”bruker” beskrevet som *i snever forstand den gravide/ fødende og hennes barn*. Det poengteres at dette er en snever forstand av begrepet, den fødendes partner, familie og lokalsamfunn er også av betydning for ”bruker” begrepet i en videre forstand.

Dokumentene *...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring* og *...Og bedre skal det bli! Rapport fra kunnskapscenteret* defineres ”bruker” som *personer som mottar tjenester direkte eller blir berørt av tjenestene indirekte slik som pårørende*.

Og til slutt er det et dokument som har egen definisjon av ”pårørende”. I *Pasientrettighetsloven* blir ”pårørende” definert som *den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller hjelpeverge*.

### **5.1.1 Pasient/ bruker**

”Pasient” og ”bruker” begrepet synes å benyttes noe om hverandre i de forskjellige dokumentene. I flere av dokumentene finnes det ikke noen definisjoner av begrepene og dermed avgrensninger av begrepene. Ved hjelp av frekvenstabellen kommer det frem at begrepene benyttes noe forskjellig. I *Nasjonal helse og omsorgsplan* benyttes begrepet ”pasient” 409 ganger. Mesteparten av de gangene dette begrepet blir benyttet er det i en klinisk kontekst som har med tjenestemottakeren å gjøre, men som ikke krever en aktiv



deltakelse fra tjenestemottakeren. Men det er ganger der begrepet benyttes synonymt med ”bruker”. Dette er spesielt synlig under punktet fremtidens pasient- og brukerrolle. *I fremtidens helse- og omsorgstjeneste vil pasienter og brukere få en tydeligere rolle. Brukere og pårørende skal møtes med respekt og omsorg. De skal ha større innflytelse over utformingen av tjenestetilbudet i alle deler av helse- og omsorgstjenesten. Det trengs mer kunnskap om gjennomføring og effekt av brukervedvirkning. Pasienter og brukeres rett til og behov for tilrettelagte tjenester skal etterspørres og synliggjøres i planlegging og utredninger og når beslutninger tas.* Begrepet ”bruker” blir i dette dokumentet nevnt 276 ganger. Når ”bruker” begrepet benyttes er det både i en passiv og en aktiv rolle som tjenestemottakeren. I avsnittet i *Nasjonal helse og omsorgsplan* om brukervedvirkning blir ikke begrepet ”pasient” benyttet en eneste gang.

En kan se i frekvenstabellen at dokumentene ...*Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring, ...Og bedre skal det bli! Rapport fra Kunnskapssenteret, Hvordan kommer vi fra visjon til handling? og ... og bedre skal det bli! Styrk brukeren, alle har en ujevnhet i benyttelsen av begrepene ”bruker” og ”pasient”.* Dette er dokumenter som har større vekt på begrepet ”bruker” enn ”pasient”. Det er bare i ... *og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring*, i forbindelse med begrepet ”pasientsikkerhet” at begrepet ”bruker” ikke nevnes når begrepet ”pasient” nevnes. Flere av gangene begrepet ”pasient” benyttes, er det for å beskrive noe, som ”pasienttransport”, ”pasientsikkerhet”, ”pasientforløp” eller liknende. Denne benyttelsen av begrepet kan også forekomme når det henvises til et annet dokument som benytter et annet begrep som *Pasientrettighetsloven*. Da *Pasientrettighetsloven* benytter begrepet ”pasient” kan dette begrepet også bli benyttet i dokumentet som henviser til *Pasientrettighetsloven*.

Dokumentene *Nasjonal helse og omsorgsplan, Pasientrettighetsloven, Helsepersonelloven, Helseforetaksloven og Spesialisthelsetjenesteloven*, benytter begrepet ”pasient” mer en de anvender begrepet ”bruker”. *Pasientrettighetsloven* har en definisjon på begrepet ”pasient”. ”*Helsepersonelloven*” har ikke egen definisjon, men henviser til definisjonen i *Pasientrettighetsloven*. De fleste av disse dokumentene er lover som opprinnelig ble skrevet på slutten av 1990- tallet eller begynnelsen av 2000. Disse dokumentene benytter derimot begrepet ”pasient” veldig hyppig. *Pasientrettighetsloven* og *Helsepersonelloven* benytter

begrepet ”pasient” over 1000 ganger, noe som er et stort avvik fra de andre dokumentene. Disse dokumentene er de eldste dokumentene som er tatt med i denne studien.

I de dokumentene som spesifikt omhandler for fødselsomsorgen (*En gledelig begivenhet, Kvalitetskrav til fødselsomsorgen og Utviklingsstrategi for jordmortjenesten*) ser enn en tydelig nedgang i bruken av begrepene ”bruker” og ”pasient” og en betydelig oppgang i begrepene ”kvinne”, ”fødende” og ”familie”. Benyttelsen av begrepet ”pasient” blir i disse dokumentene av en mer klinisk art. Det kan også i disse dokumentene benyttes andre begrep når det henvises til andre dokumenter, som beskrevet ovenfor. Begrepet ”kvinne”, ”fødende” og ”familie” benyttes mer i dokumentene som er spesifikke for fødselsomsorgen.

### 5.1.2 Pårørende/ bruker

Noen av definisjonene på begrepet ”bruker” dekker også ”påørende” inn under definisjonen. *En gledelig begivenhet* er et dokument for svangerskaps- fødsels- og barselsomsorgen der det kommer tydeligere frem hvem ”bruker” er og hvem som har interesser innen området. Dette er et mer spesifisert område som gjør at også definisjonen kan være mer spesifisert. I ... *og bedre skal det bli! Styrk brukeren*, er ”påørende” beskrevet ved at det inngår i begrepet ”bruker”, men ikke noen nærmere spesifisering av hvem påørende er.

En kan se i frekvenstabellen over de dokumentene som benyttet begrepet ”påørende” hyppigst var *Nasjonal helse og omsorgsplan, ...Og bedre skal det bli! Rapport fra Kunnskapssenteret og Pasientrettighetsloven*. Ut fra disse dokumentene har *Nasjonal helse og omsorgsplan* ingen definisjon, men beskriver ”påørende” som *en ressurs for pasienten og helse og omsorgstjenesten, med samme behov for informasjon som pasienten selv*. I ...*Og bedre skal det bli! Rapport fra Kunnskapssenteret* går ”påørende” under definisjonen på bruker, men her *som en ressurs for pasienten i planleggingen og utførelsen av behandlingsprosessen*. *Pasientrettighetsloven* har en definisjon på ”påørende” som går utenom begrepene ”pasient” og ”bruker”. Her stadfestes det at også ”påørende” har rettigheter til å få informasjon i den grad tjenestemottakeren sier seg enig i dette, og at det er tjenesteyters oppgave å avgjøre hvor mye informasjon som er nødvendig for dem slik de optimalt kan bidra i behandlingen. Gjennom de forskjellige dokumentene kan en se at når begrepet påørende nevnes er det i forbindelse med behov som er like pasientens, som for eksempel behov for informasjon for å kunne handle optimalt i den gitte situasjonen. *Hvordan*

kommer vi fra visjon til handling?... og bedre skal det bli! Og Utviklingsstrategi for jordmortjenesten, er de dokumentene som nevner begrepet pårørende minst.

### 5.1.3 Generelle / spesielle dokument

Dokumentene *Utviklingsstrategi for jordmortjenesten*, *Kvalitetskrav til fødselsomsorgen* og *En gledelig begivenhet* omhandler spesielt for fødselsomsorgen. Resten av dokumentene er generelle dokumenter for hele helse- og omsorgssektoren eller for spesialisthelsetjenesten. Dokumentene som er utarbeidet spesielt for området fødselsomsorgen har en annen begrepsbruk enn de dokumentene som omhandler for hele helse- og omsorgsområdet. Dokumentene for fødselsomsorgen benytter begrepet som klassifiserer tjenestemottaker som en som mottar helsehjelp sjeldnere, det benyttes heller begreper som er personifiserende og beskrivende. Dette er begreper som ”kvinne” og ”fødende”. Dersom en ser i frekvenstabellen kan en se at ordet ”kvinne” blir i de spesielle dokumentene benyttet med større hyppighet, og at frekvensen av begrepene ”bruker” og ”pasient” reduseres merkbart. Begrepene ”kvinne” og ”fødende” går fra nesten ikke bli benyttet i det hele tatt i de generelle dokumentene, til å bli benyttet svært hyppig i dokumentene for fødselsomsorgen. Dersom begrepene er blitt benyttet i de generelle dokumentene er det for å poengtere kjønnsforskjeller. Mens i de spesielle dokumentene blir begrepet benyttet for å beskrive kvinnen som skal føde. Dette er begrunnet i at en ikke nødvendigvis skal sykeliggjøre tilstanden til kvinnen da det opprinnelig er en naturlig prosess. Dette blir poengtert i de forskjellige dokumentene for fødselsomsorgen. Dette er noe av hensikten bak organiseringen av fødselsomsorgen med et desentralisert fødetilbud tilgjengelig for dem som ønsker å benytte dette og ikke er i fare for å oppleve komplikasjoner før eller under fødsel.

Begrepet ”bruker” blir i *En gledelig begivenhet*, definert som å inneholde den fødende, barnet og partneren i en snever forstand, i en større sammenheng blir familie og samfunn også tatt med som mulig interesseparter. Denne definisjonen av tjenestemottakeren fremhever at fødselsomsorgen berører flere enn bare tjenestemottakeren, men kanskje hele samfunnet. Benyttelsen av denne definisjonen kan derimot bli litt vanskelig da den kan virke noe lite avklart.

En annen forskjell på disse dokumentene er også det at begrepet ”pårørende” blir lite benyttet. Det er derimot en stor økning i benyttelsen av begrepet ”familie”. I definisjonen i *En gledelig*

*begivenhet* på ”bruker”, benevnes familien som en del av begrepet hvis en ser ut over den snevre benevnelsen av ”bruker” som er mest benyttet.

Begrepet ”påørende” er benyttet med stor grad av ulikhet mellom dokumentene i utvalget, uavhengig av om de er generelle eller spesielle dokument for helsevesenet generelt eller fødselsomsorgen spesielt. En ser videre at frekvensen av begrepet ”familie” går noe opp i de spesielle dokumentene fra å bli lite benyttet i de generelle dokumentene.

## 5.2 Kvalitet

Det er i denne delen forsøkt å se på hva som legges i begrepet kvalitet. Som det kan ses i tabellen nedfor blir begrepet ”kvalitet” hyppig nevnt i de forskjellige dokumentene. ...*Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring og Kvalitetskrav til fødselsomsorgen* beskriver at kvalitet er avhengig av den enkeltes ståsted og subjektive oppfatning.

Dokument	Kvalitet	Pasientsikkerhet	Effektivitet	(Tjenestemottaker) Erfaring	Feil
<i>En gledelig begivenhet</i> (2008-2009)	91*	5	1	15	4
<i>Kvalitetskrav til fødselsomsorgen</i> (2010)	101*	1	1	2	10
<i>Utviklingsstrategi for jordmortjenesten</i> (2010)	95	0	17	0	1
<i>Nasjonal helse og omsorgsplan</i> (2011- 2015)	62	37	2	13	4
<i>Nasjonal helseplan</i> (2007-2010)	226	9	8	10	17
<i>Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring</i> (2005)	141	1	10	11	12
<i>...Og bedre skal det bli! Rapport fra kunnskapssenteret</i> (2008)	67	0	5	39	1
<i>Hvordan kommer vi fra visjoner til handling? ...og bedre skal det bli!</i> (2007)	99	1	9	4	4
<i>... og bedre skal det bli! Styrk brukeren</i> (2006).	20	0	2	18	2
<i>Hvordan holde orden i eget hus</i> (2009).	15	1	2	8	5
<i>Pasientrettighetsloven</i> (1998-99)	56	0	25	0	36
<i>Helsepersonelloven</i> (1998-99)	37	15	34	2	82
<i>Helseforetaksloven</i> (2000-2001)	65	1	48	10	4
<i>Spesialisthelsetjenesteloven</i> (1998-99)	75	2	28	1	9

Tabell nr. 5: Tabell over kvalitet

I dokument *...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring* er det uttalt at følgende elementer skal være til stede for at tjenestene skal være av god kvalitet;

- *at de er virkningsfulle og da fører til helsegevinst,*
- *at de er trygge og sikre og dermed unngår at uheldige hendelser utvikles,*
- *at brukere involveres og gis innflytelsesmulighet,*
- *at de oppleves samordnende og preges av kontinuitet,*
- *at de utnytter tilgjengelige ressurser effektivt*
- *at de er rettferdige*

Følgende dokumenter *Kvalitetskrav til fødselsomsorgen, Utviklingsstrategi for jordmortjenesten, ...Og bedre skal det bli! Rapport fra Kunnskapssenteret, Hvordan kommer vi fra visjon til handling?...Og bedre skal det bli!* og *...Og bedre skal det bli! Styrk brukeren, benytter også i denne operasjonaliseringen av kvalitetsbegrepet.*

Dokument *En gledelig begivenhet, Pasientrettighetsloven, Helsepersonelloven, Spesialisthelsetjenesteloven, Helseforetaksloven og Hvordan holde orden i eget hus?* har ingen definisjon på begrepet "kvalitet", men nevner vagt noen punkter som inngår i "kvalitet" som trygghet og sikkerhet.

*Nasjonal helseplan* kommer med en forklaring på "kvalitet" i tillegg til å henvise til operasjonaliseringen i dokumentet *...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring: Med kvalitet forstås i hvilken grad aktiviteter og tiltak i helsetjenestens regi øker sannsynligheten for at individ og grupper i befolkningen får en ønsket helsegevinst, gitt dagens kunnskap og ressursrammer. Med helsegevinst menes både å forbli frisk, å bli frisk, å mestre livet med sykdom og å mestre slutten av livet. Kvalitet skapes i de mange daglige møtene mellom brukere av og utøvere i helsetjenesten.*

*...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring* beskriver at god kvalitet på tjenestetilbudet forutsetter at tjenestemottakere får påvirke tjenestene gjennom deres erfaringer og perspektiv. En kan stille spørsmål med hvorfor ordet erfaring ikke blir benyttet mer i dette dokumentet enn i de andre?

*Nasjonal helse og omsorgsplan*, kommer med beskrivelsen *God kvalitet på tjenestene betyr at de er virkningsfulle, trygge og sikre, samordnet og preget av kontinuitet, at de involverer*

*brukerne og utnytter ressurser på en god måte.* Dokumentet kommenterer videre at ”bruker erfaringer” må få en større plass i kunnskapsgrunnlaget og at det vil komme en egen stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet.

Det er dokumentene ...*Og bedre skal det bli! Styrk brukeren, Hvordan holde orden i eget hus, Pasientrettighetsloven og Helsepersonelloven,* som nevner ”kvalitet” minst hyppig av dokumentene. De fleste av disse dokumentene har heller ikke noen definisjon på begrepet ”kvalitet”. I andre ende av skalaen er det dokumentene *Nasjonal helseplan, ...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring og Kvalitetskrav til fødselsomsorgen* som nevner begrepet ”kvalitet” hyppigst. Disse dokumentene er en sammensetning av dokumenter for hele helse- og omsorgstjenesten og spesielt for fødselsomsorgen. Dokumentene som benyttes i denne studien er fra forskjellige årstall. De som nevner begrepet kvalitet hyppigst er av nyere dato i motsetning til de eldste dokumentene som er med i denne studien.

Ut fra frekvenstabellen er det variert hvor ofte forskjellige begrep benyttes. Det er her forsøkt å se hvordan underelementene i kvalitet slik det er definert i denne studien, blir benyttet i de forskjellige dokumentene.

Ordet effektivitet blir mest benyttet av dokumentene *Pasientrettighetsloven, Helsepersonelloven, Spesialisthelsetjenesteloven og Helseforetaksloven.* Dette er lover som ble fremmet for å forbedre tjenestetilbudet. Når en ser på hvilke dokumenter som har benyttet begrepet pasientsikkerhet ser en at det er *Helsepersonelloven og Nasjonal helse og omsorgsplan.* Det de har til felles er å få frem viktigheten av kvaliteten i behandlingen slik de fødendes sikkerhet blir vektlagt og prioritert.

Begrepet ”kvalitet” kan operasjonaliseres i forskjellige underelementer som ”erfaring”, ”pasientsikkerhet” og ”effektivitet”. Disse undergruppene blir ikke nevnt i den grad som begrepet ”kvalitet” gjør. Det er en hentydning til hyppig benyttelse av pasientsikkerhet i *Nasjonal helse og omsorgsplan.* Bortsett fra den viser tabellen at det er fokus på ”kvalitet”, men ikke nødvendigvis på hva som skaper ”kvalitet” i den forstand at det forklares ned i detaljer i hvert dokument.

### **5.3 Tiltak som er foreslått for medvirkning fra tjenestemottaker**

Alle dokumentene påpeker viktigheten av å ha tjenestemottaker med i arbeidet med kvalitetsheving. Dette temaet er mye omtalt i utvalget av dokumenter som er med i denne

studien. Innvolvingen av tjenestemottakere i utviklingen av tjenestetilbudet er gjennom benyttelse av deres erfaringer med tjenestene og perspektiv. Gjennom denne innhenting og benyttelsen av kvinnenenes erfaringer kan tjenestene kvalitetssikres og gjøres bedre.

I tabellen nedenfor vises det hvilke medvirkningsformer som er foreslått i de forskjellige dokumentene. Medvirkningsformene som er foreslått dekker både individuelt - og systemnivå for medvirkning for kvinnene.

Dokument	Under- søkelse	Rettig- heter	Utvalg/ råd	Panel	Ombud	Repre- sentant	Organi- sasjon	Klage
<i>En gledelig begivenhet (2008-2009) –</i>	x	x	x			x	x	
<i>Kvalitetskrav til fødselsomsorgen (2010)</i>		x	x			x		x
<i>Utviklingsstrategi for jordmortjenesten tjenestekvalitet og kapasitet (2010)</i>	x		x					x
<i>Nasjonal helse og omsorgsplan (2011- 2015)</i>	x	x	x			x	x	
<i>Nasjonal helseplan (2007-2010)</i>	x	x	x		x	x	x	x
<i>Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring (2005)</i>	x	x	x	x			x	x
<i>...Og bedre skal det bli! Rapport fra kunnskapssenteret (2008)</i>	x		x	x		x	x	x
<i>Hvordan kommer vi fra visjoner til handling? ...og bedre skal det bli! (2007)</i>	x		x	x			x	x
<i>... og bedre skal det bli! Styrk brukeren (2006).</i>	x	x	x		x	x	x	x
<i>Hvordan holde orden i eget hus (2009).</i>	x			x	x			x
<i>Pasientrettighetsloven (1998-99)</i>		x			x	x	x	x
<i>Helsepersonelloven (1998-99)</i>		x						
<i>Helseforetaksloven (2000-2001)</i>		x	x			x	x	x
<i>Spesialisthelsetjeneste loven (1998-99)</i>		x						

Tabell nr. 6: Tabell over tiltak som er foreslått for medvirkning fra tjenestemottaker

Ut fra hvordan de forskjellige måtene for medvirkning som blir benyttet, kan de deles inn i to grupper; direkte og indirekte medvirkning. De forskjellige dokumentene prioriterer forskjellig. Medvirkningen på utviklingen av tjenestetilbudet kan skje på flere områder; fra direkte på tjenestene, gjennom organisasjoner for fødende eller gjennom politisk og faglig arbeid i helse og omsorgssektoren.

Da det er ulikt tidspunkt for opprettelsen av dokumentene, er det forskjell på hva de fokuserer på. Noen av dokumentene er formet for å styrke den fødende i samhandling med helsetjenesten, mens andre dokumenter er formet for å styrke en virksomhet hvor medvirkning fra tjenestemottakeren er et tiltak for å forbedre kvaliteten på tjenestene. Som en



ser i tabellen ovenfor så er det forskjell i hvilke metoder som blir nevnt i de forskjellige dokumentene. Dokumentet som *Pasientrettighetsloven*, fokuserer mer på de mulighetene tjenestemottaker har for å medvirke på individnivå. De presenterer de rettigheter vi har som fungerer som en minimumsstandard for helsehjelpen. Mens andre dokumenter fokuserer på styringen av helsetjenestene og hvor medvirkning fra tjenestemottaker utgjør en liten del av hvordan kvaliteten kan heves.

### 5.3.1. Direkte medvirkning

Direkte medvirkning er de metodene for medvirkning der tjenestemottaker selv medvirker direkte i utviklingsprosessen. De medvirkningsformene som går inn under denne gruppen er flere. De dekker både medvirkning på individ- og systemnivå. Først vil medvirkningsmulighetene på individnivå bli presentert, for så bli fulgt av en presentasjon av medvirkningsmulighetene på systemnivå.

På individnivå kan tjenestemottakere medvirke gjennom rettigheter og hjelpemidler. *Pasientrettighetsloven* stadfester hvilke rettigheter tjenestemottakere har til å medvirke i tjenesteutformingen. Dette dokumentet beskriver hvilke rettigheter tjenestemottakere har i forhold til tjenesteyteren på individnivå. Medvirkningen har som mål å påvirke tjenestetilbudet til den enkelte tjenestemottakeren og gjøre tjenestetilbud individuelt tilrettelagt til den spesifikke tjenestemottakeren, med de spesifikke behov og ønsker hun måtte ha. De fleste dokumentene nevner en eller flere av disse rettighetene. Det er retten til medvirkning som nevnes hyppigst i dokumentene. Noen av dokumenter nevner flere og andre måter å medvirke på. I tabellen ovenfor kan en se hvilke medvirkningsmuligheter som nevnes i hvilke dokumenter.

Retten til å medvirke; Det blir i *Pasientrettighetsloven* i § 3-1 stadfestet at tjenestemottakere har en rett til å medvirke i tilgjengelige og forsvarlige behandlings- og undersøkelsesmetoder. Det blir ikke spesifisert graden av medvirkning pasienten skal ha mulighet til å utøve. Ettersom denne rettigheten stadfestes i *Pasientrettighetsloven* beskrives den ikke noe utover dette i de andre dokumentene.

Retten til å velge sykehus; I denne rettigheten ligger det åpning for at tjenestemottakeren skal kunne velge hvor de skal behandles. *Spesialisthelsetjenesteloven* kommenterer retten til fritt sykehusvalg med å stadfester at sykehuset og spesialisthelsetjenesten har plikt til å gi videre den informasjon som er nødvendig for at allmennheten skal kunne ta et informert valg og velge den, fødeinstitusjon, som passer deres behov og interesser, gjennom § 3-11.

Retten til å klage: Dersom den fødende mener de ikke har fått sine rettigheter oppfylt i gjennomføringen av tjenestetilbudet kan de anmode tjenesteyter om å realisere disse rettighetene. Dersom dette ikke blir gjort har den fødende rett til å klage til helsetilsynet i fylket. *Nasjonal helseplan* beskriver *Helsetilsynet i fylket behandler klager fra pasienter som opplever at de ikke har fått et tilfredsstillende tilbud.*

Retten til å henvende seg til ombud for tjenestemottakere; pasient- og brukerombud skal arbeide for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene. Ombudet kan komme med konkrete forslag om tiltak for forbedring, men disse uttalelsene er ikke bindende, men de kan gi beskjed om forhold som bør følges opp av tilsynsmyndighetene. Det er opp til den enkelte om de vil følge forslagene eller ikke. Pasientombudene kan bistå pasienter med å fremme klage, ifølge *Nasjonal helseplan.*

Et nytt hjelpemiddel for medvirkning til å individualisere helsetjenestene til den enkelte tjenestemottaker nevnes i dokumentet *...Og bedre skal det bli! Styrk brukeren*, som omhandler benyttelse av egenkartleggingssystemer. Dette er IT- baserte verktøy som skal fremme tjenestemottakers mulighet for medvirkning. Dette er systemer hvor tjenestemottakeren inviteres til selv å kartlegge sin situasjon, sine behov og ønsker om hjelp og oppfølging. Informasjonen deles med tjenesteyter, slik at tjenestemottaker og tjenesteyter sammen kan velge de beste løsningene for tjenestemottakeren. Dokumentet kommer med en anbefaling om at sosial- og helsetjenesten på sikt skal pålegges å ta i bruk egenkartleggingssystemer.

Det er også mulighet for direkte medvirkning på systemnivå. I dokumentene nevnes det flere konkrete måter for innhenting av erfaringer fra tjenestemottaker, mens det i noen av dokumentene kun er vage beskrivelser av tjenestemottakers medvirkning innen kvalitetsarbeidet. Det står blant annet at tjenestemottaker skal være med i arbeidet, men det blir ikke alltid utdypet hvilken metode som skal benyttes. Dette kan eksemplifiseres ut fra *Kvalitetskrav til fødselsomsorgen*. Her står det at regionale helseforetak har som oppgave å danne et system slik at tjenestemottakernes erfaringer kan bli systematisk innhentet, men det er ingen spesifisering av hvordan de regionale helseforetakene praktisk skal få dette til. Dette

gjelder også dokumentene ...*Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring, Helsepersonelloven og Helseforetaksloven.*

Det nevnes heller ikke noen tidsfrist for når denne innhenting skal være gjort. De fleste dokumentene kan sies å være veldig vage i utformingen. Det er bare i et dokument det kommer frem en tidsbegrensning på når en brukerundersøkelse skal være igangsatt. Dette er i dokumentet *En gledelig begivenhet*.

De konkrete måter å innhente erfaringer fra tjenestemottakere er i følge *Hvordan holde orden i eget hus* undersøkelser i form av spørreskjema og postkasse. *Nasjonal helseplan* supplerer med at en kan innhente erfaringer fra tjenestemottakere gjennom temaundersøkelser, utvalgsundersøkelser som gjennomføres gjennom hele behandlingsforløpet. ...*Og bedre skal det bli! Rapport fra Kunnskapssenteret* supplerer videre med forslag som intervju i grupper, individuelle eller ved konferanser. *Hvordan kommer vi fra visjon til handling?* nevner videoopptak av egen opplevelse. *Helseforetaksloven* nevner klage. *Hvordan holde orden i eget hus* nevner ombud og panel dannet av og for tjenestemottakere.

Når de forskjellige metoder for innhenting av erfaringer beskrives kommer det også frem at det er forskjell i hvem en velger å utføre undersøkelsene blant. Målgruppen kan være tjenestemottaker selv, foresatte/ pårørende eller strategiske deler av befolkningen.

### **5.3.2. Indirekte medvirkning**

Indirekte medvirkning skjer på systemnivå. Det er de metoder for medvirkning der tjenestemottakeren selv ikke medvirker direkte, men en representerer tjenestemottakeren eller benytter erfaringer innhentet av andre. Organisasjoner for tjenestemottakere nevnes i ...*Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring* som en ressurs i utviklingsarbeid.

Dokumentet *Nasjonal helse og omsorgsplan* tar opp utvikling av planer innen fødselsomsorgen. Både tjenestemottakere og representanter fra deres organisasjoner skal ha mulighet til å delta i utviklingen. *Nasjonal helseplan* nevner representanter og organisasjoner for tjenestemottakere slik; *et arbeid for å tydeliggjøre lokalsykehusenes oppgaver knyttet til akuttfunksjoner og den samlede behandlingskjede. Departementet mener det er viktig at sentrale aktører deltar i arbeidet og vil invitere representanter for helseforetakene, pasientorganisasjoner, berørte kommuner, næringsliv og faglige organisasjoner til å delta.*

En kan benytte seg av klagesaker som er ført. *Utviklingsstrategi for jordmortjenesten* har indirekte forklart viktigheten av utfallet ved å klage på mer enn bare for å påvirke sitt eget tilbud. *Jeg har for en tid tilbake skrevet brev til kommunen og bedt dem vurdere stillingsstørrelsen etter mange klager fra gravide som ikke får timer.* Klager og avvik kan gi verdifulle innspill til hva som kan forbedres.

*Nasjonal helse og omsorgsplan* bringer opp flere forskjellige råd innen helsesektoren, men de fleste var ikke av interesse for fødselsomsorgen. De nevnte derimot Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering. Dette rådet skulle blant annet fungere som et bindeledd mellom organisasjoner for tjenestemottakere og helsetjenesten.

Paneler bestående av tjenestemottakere nevnes også som en metode. Men den beskrives ikke noe nærmere enn at den nevnes.

En annen måte å medvirke på er gjennom representanter fra forskjellige organisasjoner i forskjellige utvalg og råd. I dokumentene spesielt rettet mot fødselsomsorgen nevner alle dokumentene Nasjonalt råd for fødselsomsorgen. I *Kvalitetskrav til fødselsomsorgen* nevnes det at denne veilederen ble utviklet i samarbeid med Nasjonalt råd for fødselsomsorgen og at tjenestemottakere fikk anledning til å uttale seg om den.

Brukerpanel nevnes i *...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring*. De nevner brukerpanel som en metode for å holde brukeren i sentrum. I *....Og bedre skal det bli! Rapport fra kunnskapssenteret* blir panel nevnt som en metode for å bevare medvirkning fra tjenestemottaker.

#### **5.4 Oppsummering**

I de forskjellige dokumentene kommer det frem at det benyttes forskjellige begreper på tjenestemottaker. ”Pasient” og ”bruker” er de begrepene som er mest benyttet. De benyttes noe om hverandre, men det kan virke som om dokumentene velger et begrep og holder seg til dette. Begrep som ”kvinne” og ”fødende” benyttes også, disse begrepene benyttes mest i de dokumentene som er spesifikke for fødselsomsorgen. Det kan tyde på at disse begrepene benyttes der de mer generelle dokumentene ville benyttet ”bruker” eller ”pasient”. Begrepene ”bruker” dekker i noen tilfeller også ”pårørende” eller ”familie” inn i definisjonene, mens andre dokumenter mer beskriver dem som en ressurs for tjenestemottakeren. Uansett hvilke

begrep som benyttes er det ikke noe tydelig mønster i de forskjellige dokumentene knyttet til rollene de forskjellige begrepene gir, om de er aktive eller ikke.

Kvalitetsbegrepet benyttes i alle dokumentene med stor hyppighet, men det er ikke alle dokumentene som kommer med en definisjon på begrepet. Et av dokumentene kommer med operasjonaliseringen:

- at de er virkningsfulle og i da fører til helsegevinst,
- at de er trygge og sikre og dermed unngår at uheldige hendelser utvikles,
- at brukere involveres og gis innflytelsesmulighet,
- at de oppleves samordnende og preges av kontinuitet,
- at de utnytter tilgjengelige ressurser effektivt
- at de er rettferdige

Det er flere dokumenter som også benytter denne operasjonalisering på begrepet som en definisjon.

Medvirkningsformene som er foreslått dekker både individ - og systemnivå for medvirkning av tjenestemottakere. Ut over dette kan en se at de forskjellige måtene for medvirkning som bli benyttet kan deles inn i to grupper; direkte og indirekte medvirkning. Direkte medvirkning er de metodene for medvirkning der tjenestemottaker selv medvirker direkte i utviklingsprosessen. Indirekte medvirkning er de metoder for medvirkning der en representant opptrer på tjenestemottakerens vegne. Da det er forskjell på utgangspunktet til opprettelsen av dokumentene er det forskjell på hva de vil fokusere på. Noen av dokumentene er formet for å styrke tjenestemottakeren i samhandling med helsetjenesten, mens andre dokumenter er dannet for å styrke en virksomhet hvor tjenestemottaker og medvirkning fra tjenestemottaker er et tiltak for å forbedre kvaliteten på tjenestene.

## 6.0 Diskusjon

I denne oppgaven forsøkes det å undersøke, forstå og beskrive hvordan kvinnene blir tatt med i kvalitetsarbeidet innen fødselsomsorgen. Har tjenestemottaker noen betydning for deres rolle i kvalitetsutviklingen? Hvordan beskrives kvalitet i de forskjellige dokumentene? Hvilke metoder har tjenestemottaker for å medvirke og hvordan kan en se disse mulighetene i lys av en pasientsentrert tilnærming?

### 6.1. Begrepsbruk

#### 6.1.1 Begrep som beskriver tjenestemottaker

Hvilke begreper som benyttes, kommer av at det er ideologiske forandringer i samfunnet generelt mot mer demokratisering av tjenester, sammen med mer fokus på tjenestemottakeren som individ (Vik, 2008).

I de forskjellige dokumentene kommer det frem at det benyttes forskjellige begreper på tjenestemottaker. ”Pasient” og ”bruker” er de begrepene som er mest benyttet. Det er uttrykt bekymring rundt benyttelsen av slike begreper, å definere en gruppe mennesker kan redusere den individuelle unike personen. Den kjente sykepleieren J. Travelbee gikk allerede i 1971, ut og frarådet helsetjenesten i å benytte slike begreper på tjenestemottakere, da denne kategoriseringen av mennesker utelukker deler av personen (Stordalen, 1998). Å se helse individet er et av de sentrale elementene av den pasientsentrerte teorien (Leplege, Gzil, Gammelli, Lefevre, Pachoud & Ville, 2007).

*I Pasientrettighetsloven defineres en ”pasient” som en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle. Begrepet ”bruker” blir definert i dokumentet ...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring som personer som mottar tjenester direkte eller blir berørt av tjenestene indirekte som pårørende eller barn. Ved sammenlikning er disse definisjonene ikke så ulike. Definisjonen på ”pasient” er noe åpnere enn definisjonen på ”bruker” da den ikke tar med de som tilbyr helsetjenester og ikke nødvendigvis ønsker det selv eller oppsøker helsetjenestene.*

Ingen av definisjonene har noen referanse til om det er en aktiv eller passiv involvering av tjenestemottakeren som forventes, eller åpnes for. Enkelte definisjoner av ”bruker” i noen av dokumentene (*...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring og ...Og*

*bedre skal det bli! Rapport fra kunnskapssenteret*) går pårørende inn under definisjonen som personer som mottar tjenester direkte eller blir berørt av tjenestene indirekte slik som pårørende. I disse tilfellene dekker begrepet ”brukere” flere enn bare den som mottar helsetjenestene direkte, men kan også omfatte pårørende (Kjellebold, 2010).

Resultatene viser at begrepet ”bruker” blir hyppigere definert i de forskjellige dokumentene enn begrepet ”pasient”. En kan stille spørsmål ved om benyttelsen av definisjoner i dokumentene er fordi ”pasient” begrepet er blitt definert i lovverket gjennom pasientrettighetsloven. ”Bruker” begrepet har ingen slik definisjon i lovverket. En kan derfor stille spørsmål om begrepet defineres hyppigere fordi det ikke er en konsensus om innholdet i begrepet.

Det kommer frem at enkelte dokument kan foretrekker et begrep fremfor et annet. De forskjellige dokumentene ...*Og bedre skal det bli!* har også en antydning til hyppigere benyttelse av begrepet ”bruker” fremfor ”pasient”, selv om begge begrepene blir benyttet i dokumentene. Benyttelsen av de forskjellige begrepene kan også være relatert til beskrivelse av en aktivitet som for eks. ”brukermedvirkning” eller ”pasienttransport”. Det kan derfor være at benyttelsen av begrepene varierer.

Oftest blir begge begrepene benyttet i dokumentene selv om frekvensen varierer. Begge begrepene blir benyttet i forhold til aktiv og passiv deltakelse av tjenestemottakerne. Dette illustreres i dokumentet ...*Og bedre skal det bli! Rapport fra kunnskapssenteret ved brukere/pasienter tar som regel selv avgjørelser når det gjelder egen sykdoms-/helsetilstand.* De siste årenes sykdomsutvikling viste at det var nødvendig med innspill fra tjenestemottaker for å få bedre resultater av behandling (Lassen, 2010). Det er forventet at tjenestemottakeren skal få medvirke rundt utviklingen av tjenestene noe som gir bedre individualisering av tjenestetilbudet (Vik, 2008).

I tilsynsrapportene er det lite fokus på tjenestemottakeres mulighet for medvirkning. Det er mer fokus på systemet og rutiner ved fødeinstitusjonen. Tjenesteytere får beskjed om å legge forholdene til rette for tjenestemottakere gjennom informasjon. Når det er snakk om tjenestemottakere som de benevner ”pasienter” blir de omtalt som objektive parter i tjenestetilbudet (Statens helsetilsyn, 2004; Hanssen & Braut, 2008). I alle

brukerundersøkelsene blir det spurt om elementer som er avgjørende for at den fødendes tilfredshet og kunnskap rundt situasjonen som; forventning, oppnåelse av disse forventningene, men også informasjon og mulighet for mer innhenting av informasjon fra tjenesteyter. Men bare i en av undersøkelsene som ble beskrevet i kapittel 2 ble det spurt om den fødende og partneren har lyst til å medvirke i beslutninger ang fødselen og om de fikk mulighet til dette (Iversen, Holmboe & Kjøllesdal, 2011; Martiniussen, Opdahl & Harsvik, 2009).

Etter *Pasientrettighetsloven* vil den fødende gå inn under definisjonen på ”pasient” da den fødende mottar helsehjelp selv om fødselen er en naturlig prosess uten noen form for komplikasjoner. En kan stille spørsmålsteget ved om det er rett å kalle en fødende kvinne for pasient da det kan være knyttet negative assosiasjoner til dette begrepet som setter forventinger om at en person er nødt til å være syk for å være en pasient. Fødsel er en naturlig prosess som oftest har et godt utfall. Fødende kvinner er derfor noe av det mest naturlige som finnes og vil trolig derfor ikke bli sett på som pasient av alle. Det kan oppstå komplikasjoner som gjøre den fødende avhengig av mer omfattende helsehjelp. Det er mer denne situasjonen som samfunnet kan knyttet til pasientrollen.

Det kommer frem i dokumentene for fødselsomsorgen at de benytter seg av begrep som ”fødende”, ”kvinne” og ”familie”. De benytter seg også av begrepet ”pasient”, men tydelig redusert i forhold til de overnevnte begrepene. Da flere av dokumentene som er med i utvalget er av generell art kan det være vanskelig å definere tjenestemottakeren nærmere enn ved benyttelse av begreper som ”fødende” og ”kvinne”, da tjenestemottakerne kan være alt fra barn til eldre, kvinner eller menn, variasjon i sykdom eller skade, naturlig prosess som fødsel eller ikke. I dokumentene rettet mot fødselsomsorgen kan det derfor være enklere å benytte begreper som er mer personifiserende og beskrivende for tjenestemottakeren.

Det kom frem av resultatene at det ikke alltid er et klart skille mellom tjenestemottaker og pårørende. I flere av dokumentene hvor begrepet ”bruker” benyttes går pårørende inn under begrepet. Distinksjonen mellom disse to rollene kan være spesielt diffus i fødselsomsorgen som vist i *En gledelig begivenhet*. Her er definisjonen at tjenestemottakeren i et snevert syn vil være den fødende og barnet, men i et bredere perspektiv er tjenestemottaker også partner og samfunnet generelt. Forskning viser at involvering av pårørende i helsetjenester kan ha



positive helsegevinster for tjenestemottakeren selv og de pårørende (Kjelle vold, 2010, Hummerfelt, 2005a)

I Pasientrettighetsloven derimot er det en klar definisjon på hvem som er tjenestemottaker og hvem som er pårørende. Denne loven poengterer også viktigheten av dette skille siden det er forskjellige rettigheter knyttet til disse rollene. Etter denne loven har tjenestemottaker flere rettigheter enn pårørende ved helsetjenester. Et viktig kriterium for at pårørende skal få rettigheter er at tjenestemottaker sier seg enig i dette. Det er tjenestemottakers rett å nekte pårørende noen rettigheter da de har en ekstern rolle i forhold til tjenestetilbudet. I et rettsikkerhetsperspektiv vil pårørende først og fremst utgjøre en form for sikring i form av at tjenestemottakeren får bevart sine interesser og rettigheter. Helsetjenestene er selv ansvarlige for å yte en faglig forsvarlig helsetjeneste, men pårørende er med å kvalitetssikrer tjenestetilbudene (Kjelle vold, 2010).

Slik resultat viser blir pårørende tatt med som ”brukere”, i *En gledelig begivenhet* i en vid forstand av begrepet ”bruker” innen fødselsomsorgen da de også har interesser i fødselen. Imidlertid vil også kvinnens partner, som pårørende og forelder, ha interesse i hvordan svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen er organisert og tilrettelagt. Det er på grunnlag av denne interessen at pårørende har fått mulighet til involvering gjennom lovverket (Kjelle vold, 2010) Denne vide forstanden av begrepet ”bruker” bekrefter innholdet i den pasientsentrerte teorien. Gjennom involvering og medvirkning fra venner kan effekten av tjenestetilbudet styrkes.

### **6.1.2 Begrep som beskriver i kvalitet på helsetjenestene**

I kvalitetsarbeidet må en være bevisst at kvalitetsbegrepet er et dynamisk begrep som forandre ettersom samfunnet forandrer seg sammen med tjenestemottakernes forventninger til helsetjenesten (Maninz & Hundrup, 2007). Som frekvenstabellen i resultatene viser er benyttelsen av kvalitetsbegrepet i de forskjellige dokumentene hyppig. Men definisjoner og operasjonaliseringer av begrepet kvalitet er mindre vanlig. Begrepet kvalitet vil etter ...*Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring og Kvalitetskrav til fødselsomsorgen* være avhengig av den enkeltes ståsted og subjektive oppfatning. Kyrkjebø (1998) mener at kvalitet kan beskrives som et subjektivt fenomen. Beskrivelsen av kvaliteten vil være forskjellig avhengig av hvem respondenten er og hvilket perspektiv respondenten har; tjenestemottaker, utøver eller leder. Dette presiseres i ...*Og bedre skal det bli! Styrk*

*brukeren*, der det stilles spørsmål angående hvem det er som bestemmer hva som er kvalitet på helsetjenestene, tjenesteyter eller tjenestemottaker?

Som resultatene viser er det noen dokumenter som har en definisjon på kvalitet.

Kvalitetsbegrepet har manglet en felles definisjon og dermed en felles forståelse av innhold og mål. Dette gjør at det er vanskelig å utvikle en meningsfull kvalitetsagenda (Letherman & Sutherland, 1998). For at kvalitetsarbeidet skal ha noen positiv effekt er det derfor nødvendig med en felles definisjon. ...*Og bedre skald et bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring*, benytter en operasjonalisering av begrepet kvalitet i helsetjenesten:

- at de er virkningsfulle og fører til helsegevinst
- at de er trygge og sikre og dermed unngår at uheldige hendelser utvikles
- at brukere involveres og gis innflytelsesmulighet
- at de oppleves samordnede og preges av kontinuitet
- at de utnytter tilfeldige ressurser effektivt
- at de er rettferdige

Det er flere dokumenter som benytter denne operasjonaliseringen av begrepet som definisjon, dokumentene er *Kvalitetskrav til fødselsomsorgen*, *Utviklingsstrategi for jordmortjenesten*, ...*Og bedre skal det bli! Rapport fra Kunnskapscenteret, Hvordan kommer vi fra visjon til handling?* og ...*Og bedre skal det bli! Styrk brukeren. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen* har forklart viktigheten av denne definisjonen. *Strategien har valgt å gi kvalitetsbegrepet et konkret innhold som både bygger på samfunnets føringer, og som oppfyller lovverkets krav og hva som ut fra et faglig perspektiv gir best mulig tjenester til tjenestemottakerne. Det understrekes at arbeid med kvalitet ikke skal komme i tillegg til de daglige oppgavene, men være en integrert del av daglig drift.* Kvalitetsutvikling er de samlede metoder og aktiviteter som på en systematisk og målrettet måte har som formål å forbedre kvaliteten innen de etablerte rammer for eksisterende forskning og kunnskap (Mainz, Bek, Bartel, Rhode, Pedresen, Krøll, 2011).

*Nasjonal helse og omsorgsplan* har ingen definisjon av kvalitet, men de kommer med beskrivelsen *God kvalitet på tjenestene betyr at de er virkningsfulle, trygge og sikre, samordnet og preget av kontinuitet, at de involverer brukerne og utnytter ressurser på en god måte. Dokumentet kommenterer videre at brukererfaringer må få en større plass i*

*kunnskapsgrunnlaget*. En ser ut fra denne beskrivelsen at involvering av tjenestemottaker i kvalitetsarbeidet er et viktig element og satsområde. Det gir derfor mulighet for medvirkning fra tjenestemottaker i utviklingsarbeidet. Ifølge Institute of Medicine krever dette også en større rolle for tjenestemottakere. Det er nå mer fokus på at tjenestemottakere skal bidra i utviklingsarbeidet, dette kan gjerne være gjennom styrking av de rettigheter som tjenestemottakere har (Knutstad, 2010).

Dersom en sammenlikner beskrivelsen fra *Nasjonal helse og omsorgsplan* med definisjonen benyttet i dokumentet *...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring*, kan en se klare likheter. Det som er forskjellig i definisjonen og beskrivelsen er et av elementene som er tatt med i operasjonaliseringen i *...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring* nemlig om rettferdige tjenester. Dette er ikke nevnt i beskrivelsen til *Nasjonal helse og omsorgsplan*. Når en har sett i likheter på hvordan dokumenter ser på begrepet kvalitet er det en slående likhet mellom beskrivelsen og definisjonen som benyttes i de fleste dokumentene. Selv om det er flere dokumenter som ikke har benyttet en definisjon kan dette vise at det bevegges mot en felles definisjon i helsevesenet gjennom sentrale dokument for kvalitetsutviklingsarbeidet som *...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring*.

## 6.2 Medvirkning i fødselsomsorgen

Medvirkningsformene som er foreslått i de forskjellige dokumentene dekker både individ - og systemnivå av medvirkning for den fødende. Målet med medvirkningen vil være å heve kvaliteten og tilfredsheten til fødende på tjenestetilbudet (Humerfeldt, 2005a). Utover dette kan en se på de forskjellige måtene for medvirkning som blir benyttet kan deles inn i to grupper; direkte og indirekte medvirkning. Hvilken medvirkningsmulighet de forskjellige metodene gir blir videre diskutert i denne delen av diskusjonen.

Relasjonen mellom kvinnen og helsetjenestene, uansett nivå, er avgjørende for effekten av medvirkningen. Tjenestemottakers medvirkningsmulighet er formidling av erfaringer og perspektiv, de ansvarlige fra helsetjenesten må inneha kommunikasjonsferdigheter til å danne en intersubjektiv forståelse mellom partene slik denne kompetansen tjenestemottakeren supplerer kan benyttes i kvalitetsutviklingen (Humerfeldt, 2005a; The European Public Services Group, 2008).

Dokumentet ...*Og bedre skal det bli! Styrk brukeren* oppfordrer til å organisere virksomheten slik fagkunnskap integreres med tjenestemottakernes erfaringer og preferanser slik at effekten av de forskjellige tiltakene optimaliseres. Gjennom råd og systematiske tilbakemeldinger fra de fødende vil myndighetene ha bedre forutsetninger for å kunne forbedre, utvikle og tilby helsetjenester som er i tråd med til enhver tids rådende kunnskap og forventninger.

### **6.2.1 Direkte medvirkningsmuligheter**

En viktig forutsetning for medvirkning fra den fødende er at kvinnen selv vil medvirke. Om de ønsker å medvirke og eventuelt hvor mye, avhenger av et komplekst samspill som påvirkes av tjenestemottaker-, tjenesteyter-, tjenestetilbud- og oppgaverelaterte faktorer. En viktig forutsetning for at kvinnene skal kunne medvirke er at det legges til rette for medvirkning (Davis, Jacklin, Sevdalis, Vincent, 2008; Thompson, 2007) Av muligheter for direkte medvirkning som nevnes i utvalget av dokumenter kan en dele inn i individ- og systemnivå og omfatter følgende muligheter;

#### **6.2.1.1 Medvirkning på individnivå**

Som det kommer frem under de forskjellige medvirkningsmulighetene på individnivå er det flere rettigheter og metoder som gjør at den fødende kan medvirke til tjenestetilbudet og helsetjenesteutformingen slik at tilbudet blir egnet og individuelt tilpasset. Det kan stilles spørsmål om rettighetene er en medvirkningsmulighet eller om de er en minstestandard av hva som kan forventes av fødselsomsorgen i dag. Etter *Nasjonal helseplan* skal tjenestemottakerens ønsker *tillegges vekt ved helsepersonellens vurdering, men hensynet til faglig forsvarlighet er avgjørende.*

Gjennom *Pasientrettighetsloven* stadfestes retten til fritt sykehusvalg. Dokumentet *En gledelig begivenhet* utdyper rettigheten ved å utdype at kvinner kan velge fødeinstitusjon uavhengig av helseregionens tilknytning til bosted. Et slik valg vil være et av elementene som kan gi fødende mulighet til å føle kontroll (Pope, Graham, Patel, 2001)

I forbindelse med denne rettigheten pålegges *Helsepersonelloven* og derunder helseinstitusjoner å informere kvinnene slik de kan ta en informert beslutning angående sykehus. Dette omfatter informasjon rundt mulige fødeinstitusjoner, men også de forskjellige nivåene av fødeinstitusjoner og deres kompetanse.

Denne rettigheten legger opp til brukerstyring som medvirkningsnivå og dermed første fase av prosessen ved kvalitetsutviklingen (Kunnskapssenteret, u.a.b). Rettigheten gjelder bare på valget av fødeinstitusjon og ikke på helsehjelp som tilbys ved fødeinstitusjonen. Der gjelder retten til medvirkning. Rettigheten forutsetter at den fødende ikke er i risiko for å oppleve komplikasjoner og at sykehuset har kapasitet og relevant kompetanse til å yte hjelpen. Kravet til faglig forsvarlighet av helsepersonell utdypes i *Helsepersonelloven* som at *helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig*. Hvilket nivå av fødetjenesten de må føde på avhenger av alvorlighetsgraden i risikoen den fødende har. Tilsynsrapporten over små fødeinstitusjoner viste at det var svikt i seleksjon av fødende til et høyere nivå (Hanssen & Braut, 2008).

Retten til medvirkning blir stadfestet gjennom *Pasientrettighetsloven*. Denne rettigheten tas opp i flere av dokumentene. Så lenge denne rettigheten eksisterer kan ikke tjenesteytere velge om og eventuelt hvordan den fødende skal kunne medvirke på fødetilbudet. Tolkningen og anvendelsen av rettighetene er avgjørende for minstestandarden som settes til fødetilbudet (Kjellevol, 2010).

En forutsetning for medvirkning er å kunne ta en informert beslutning (Kjellevold, 2005). *Helsepersonelloven* plikter tjenesteytere til å formidle relevant informasjon rundt situasjonen til den fødende. *En gledelig begivenhet* utdyper at denne plikten innebærer at informasjonen skal tilpasset den fødendes alder, modenhet, erfaring, kultur- og språkbakgrunn. Kvinnen skal føle seg informert, veiledet og ivaretatt med en tilstrekkelig mulighet for medvirkning når beslutninger skal treffes. Dette kan være informasjon rundt rettigheter den fødende har, behandlingsmuligheter som valg av smertelindring, igangsettelse av fødsel, forløsningsmetode, risikoer og forskjellige muligheter for behandling og beslutninger som blir tatt. Slik har de mulighet til å forstå og benytte seg av informasjonen (Kjellevold, 2005; Humerfelt, 2005a).

Dersom en tar utgangspunkt i medvirknings spekteret presentert av Humerfelt (2005a), plasserer retten til medvirkning tjenestemottakeren over hele spekteret. Siden dette er en rettighet og ikke eksakt metode, er det ikke et korrekt nivå for medvirkning i mottak av helsehjelpen. Som *Nasjonal helse og omsorgsplan* tar opp, må det tas en faglig forsvarlighetsvurdering over medvirkningsmuligheten.

Rettighet om medvirkning på tjenestetilbudet er innenfor rammene tilgjengelige og forsvarlig behandlings og undersøkelsesmetoder. Rammene er begrensninger for medvirkningen i tjenesteutformingen. Hva som ligger i faglig forsvarlighet avgjøres av hvilke lover, forskrifter, retningslinjer, veiledere, stortingsmeldinger, lærebøker og etiske retningslinjer som er av relevans for fagområdet. Det kan i tillegg studeres hva spesifikke fagmiljø regner som god praksis (Haug & Paulsen, 2007). I *Helsepersonelloven* stadfestes det at *helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig*. En metode for å finne ut hvilken standard statens helsetilsyn setter for faglighet forsvarlig kan avgjøres ut fra tilsynsrapporter og deres betraktning av avvik (Haug & Paulsen, 2007). Helsetilsynet stiller for eksempel spørsmål ved om små fødeinstitusjoner drives forsvarlig ut i fra funn som en marginal bemanning, lite fagmiljø og konstant avhengighet av vikarer m.v. for å opprettholde døgnkontinuerlig drift av fødeavdelingene. Disse forholdene ble påpekt som mulige hindringer for opparbeidelse og opprettholdelse av nødvendig kompetanse (Hanssen & Braut, 2008).

Så lenge tjenesteyteren oppfyller kravene til faglig forsvarlig helsehjelp og involvering av tjenestemottakeren er det ingen regulering for hvordan tjenestene skal ytes (Kjellebold, 2010). Det at det ikke er spesifikk standard for medvirkning i helsehjelp annet enn forsvarlighet og involvering av tjenesteyter, illustrerer at det er viktig med egenkartleggingssystemer som kan fungere som en slags beskytter for den fødende og hennes interesser.

*...Og bedre skal det bli! Styrk brukeren* angir egenkartleggingssystemer som en metode for medvirkning fra tjenestemottaker. Den fødende får mulighet til å individualisere tjenestetilbudet gjennom å kartlegge egen situasjon, behov og ønsker om hjelp og oppfølging og finne forbedringspotensialer. Den fødende får komme med sine preferanser og behov og være med i utviklingen av tjenestetilbudet gjennom egenkartleggingssystemet. I lys av kvalitetsutviklingsprosessen plasseres den fødende i begynnelsen av utviklingsprosessen på nivå 2 (Kunnskapssenteret, s.a.c). Slik kan den fødende gå sammen med tjenestemottakeren og velge de beste løsningene i et partnerskap etter medvirkningsspekteret (Humerfelt, 2005a).

...Og bedre skal det bli! Styrk brukeren bemerker at det foreløpig bare er utviklet egenkartleggingssystemer for enkelte grupper av tjenestemottakere. Dokumentet påpeker at å utvikle slike verktøy for flere grupper av tjenestemottakere bør prioriteres i helsetjenester, der det kan være til hjelp. Denne medvirkningsmuligheten nevnes ikke i de andre dokumentene. Gjennom egenkartlegging er det en sannsynlighet for at kvinnene vil ha mer medvirkning og dermed ikke føle seg så avhengige av tjenesteyteren at de ikke føler seg så sårbare og dermed tør være mer frempå og medvirke mer på tilbudet som Davids, Koutanji & Vincent (2007) poengterer at kan være et hinder for medvirkning fra tjenestemottakere..

I Europeisk veileder for brukerrettig og brukermedvirkning kommer det frem at det er også andre metoder innen bruk av IKT verktøy som kan benyttes for å få tilbakemelding fra tjenestemottakerne. Dette kan være i forstand av e-post og tekstmeldinger. Andre metoder er analyse av internettfora for mødre og barn. Slike fora kan gi en innsikt i mødres erfaring ved fødselsomsorgen ettersom de blir publisert og diskutert på internettsidene (The European Public Administration Network, 2008 )

#### **6.2.1.2 Medvirkning på systemnivå**

Dokumentene nevner flere fremgangsmåter for medvirkning på systemnivå som et kvalitetshevningstiltak. Noen av dokumentet nevner at det skal innhentes erfaringer fra tjenestemottakere, men spesifiserer ikke nærmere hvordan, som i dokumentet *Kvalitetskrav til fødselsomsorgen*. Dokumentene nevner heller ikke hvilke medvirkningsgrad i kvalitetsutviklingen disse metodene gir tjenestemottaker.

Klagesaker tilsendt helsetilsynet, og henvendelser gjort til pasient- og brukerombud kan benyttes for å heve kvaliteten på tjenestene. Noe av litteraturen mener at benyttelse av tilbakemeldinger fra tjenestemottakere gir tjenestemottaker en medvirkningsmulighet på informasjonsnivå da tjenestemottakeren ikke har noen kontroll over innholdet eller hva som blir konsekvenser av tilbakemeldingene (Humerfelt, 2005a)

Det hevdes derimot i denne studien at det er en mulighet for tjenestemottakeren å formidle sine erfaringer som kan være med på å forme tjenestetilbudet. *Nasjonal helseplan* beskriver at læring av resultatene av tilsynsutøvelse og av klagesaker som et viktig verktøy i utviklingen av helsetjenestetilbudene. Ut over å formidle sine erfaringer har ikke kvinnene noen form for kontroll og medvirkning i utviklingen av tjenestetilbudet.

Påvirkningen på kvalitetsutviklingsprosessen kommer gjennom denne medvirkningsmåten for tjenestemottakere som ligger på 1. nivå, i Demings sirkel. På første nivå benyttes sakene som begrunnelse for forbedringsbehov. Tjenestemottaker har ingen reell medvirkning i denne kvalitetsutviklingsprosessen annet enn å henvende seg til helsetilsynet eller pasient- eller brukerombud med klage (Kunnskapssenteret, s.a.e; Humerfelt, 2005a). Benyttelse av klagesaker fra helsetilsynet og norskpasienterstatning som omhandler skader som er oppstått under fødsel, er tatt i bruk i utarbeidelsen av seleksjonskriterier og kvalitetskrav som er gjeldende for fødselsomsorgen per dags dato (*Kvalitetskrav til fødselsomsorgen*).

Et verktøy for medvirkning er spørreundersøkelser; som temaundersøkelser og befolkningsutvalgsundersøkelser. Hensikten med undersøkelsen er å innhente erfaringer og tilbakemeldinger fra tjenestemottakere som gir dem medvirkningsmulighet tilsvarende graden av informasjon (Humerfelt, 2005). Tjenestemottakeren får formidlet sine synspunkt innen de etterspurte områdene, men har ingen innflytelse på hvordan denne informasjonen benyttes. I kvalitetsutviklingsprosesser kan slike undersøkelser bli benyttet i 1. og/ eller 4. fase. I 1. fase for å oppdage utviklingspotensialer og 4. faser for å oppdage om igangsatte tiltak har hatt effekt på tilfredsheten blant tjenestemottakerne. Etter *Nasjonal helse og omsorgsplan* er hovedformålet med nasjonale brukererfaringundersøkelser å framskaffe systematisk informasjon om tjenestemottakeres erfaringer med helsetjenesten Dette som et ledd i å overvåke og forbedre praksis. Resultatene kan benyttes til virksomhetsstyring, kvalitetsforbedring, og som grunnlag for fritt sykehusvalg. Dette er en medvirkningsmulighet som er mest nevnt i utvalget, bortsett fra benyttelse av rettigheter. Brukerundersøkelsene som er beskrevet i kapittel 2 viser at gjennom slike verktøy for innhenting av tjenestemottakeres erfaringer kan utviklingsområder avdekkes. Områder de blant annet har vist som forbedringsområde er informasjon og medvirkningsmulighet(Iversen, Holmboe & Kjøllesdal, 2011; Martinussen, Opdahl & Harsvik, 2009).

Det er nylig fortatt en undersøkelse over hvilke nasjonale valide undersøkelse undersøkelser som finnes og som kan benyttes innen fødselsomsorgen (Kjøllestad, Bjærtne, Danielsen & Iversen, 2009). Dette ble dannet på grunnlag av at det er etterlyst i *En gledelig begivenhet* en nasjonal brukerundersøkelse, noe som ikke var utført før eller var opplagte instrumenter til. Spørreskjemaet som ble dannet på bakgrunn av denne studien ble benyttet i pilotstudien som er presentert i kapittel 2 (Iversen, Holmboe & Kjøllestad, 2011).



En annen medvirkningsmulighet er forskjellige former for intervju, med hensikt å innhente tjenestemottakers erfaringer. Metodene som er nevnt i de forskjellige dokumentene er; individuelle intervju, fokusgruppe intervju, konferanser eller videoopptak av egne opplevelse. Intervju gir mulighet for tjenestemottaker til å formidle mer nyanserte erfaringer enn ved spørreskjema, men medvirkningsmuligheten er den samme. Intervju er ofte benyttet i 1. fasen av et prosjekt for å finne nyanser for utviklingspotensial(Kunnskapscenteret, s.a.b).. ...*Og bedre skal det bli! Styrk brukeren* fastsetter at intervjuene må være godt gjennomarbeidet, tilpasset målgruppen og sammenlignbare over tid og mellom tjenestesteder.

Det skal bemerkes at selv om tjenestemottakerne bringes tidlig inn i utviklingen av kvalitetsarbeidet, trenger ikke dette bety at de får medvirke på flere faser enn den aktuelle de er brakt inn på. Nivået trenger heller ikke ha noen betydning for hvilken grad av medvirkning som gis til tjenestemottakeren.

Dokumentet *Nasjonal helse og omsorgsplan* beskriver eksempler hvor tjenestemottakerne er blitt tatt med i utviklingen av tjenester i form av deltakelse i intervju, og der designerne også har vært deltagende i utprøving av tilbudet for å fange opp tjenestemottakernes behov. Dokumentet beskriver at tjenestedesign handler om å utforme bedre tjenester. Det gjøres ved å sette tjenestemottakerens erfaringer og behov i sentrum og ved å benytte kreative og praktiske metoder i forbedring og nyskaping. Denne metoden illustrerer at det er flere sider ved behandlingen og erfaringen til fødende en den kliniske behandlingen kvinnen mottar. Det trengs å tas høyde for det i utviklingen av helsevesenet fremover for å gjøre systemet mer brukervennlig (Bate & Robert, 2007) Erfaringskunnskapen blir i denne medvirkningsmetoden likestilt med annen kunnskap.

Andre vestlige land har hatt egne disipliner for kvalitet og sikkerhetsarbeid innen helsearbeidet enn Norge. Av denne grunn er andre land også kommet lengre i arbeidet rundt kvalitetshevende tiltak. En mulig retning for kvalitetsutviklingsarbeidet inne den pasientsentrerte teorien er ”Erfarings- basert design” (EBD). Denne metoden er et skritt videre fra eksempler som nevnes i *Nasjonal helse og omsorgsplan*. Denne metoden handler om å få tjenestemottakere med i utviklingen av tjenestetilbud, men ikke som eksperter, informant eller ledere, men som en samarbeidspartner i arbeidet mot å forbedre det systemet som eksisterer i

dag. Dette gjøres ved å samler de erfaringene tjenestemottakerne har fra helsevesenet og gjør denne kunnskapen tilgjengelig for dem som forbedrer og utvikler tilbudene til brukere videre. Når en bruker erfaringer fra tjenestemottakere må en forstå dem på et dypere plan og ta hensyn til alle aspektene med en erfaring som; fysisk, sanselig, estetisk, kognitivt, kinetisk og emosjonelt (Bate & Robert, 2007). Forskning utført i USA og Canada spurte fødende hvilken faktor som var av størst viktighet for dem angående det fysiske miljøet. Svarene var at miljøet skulle sørge for privatliv for dem selv og intimitet mellom kvinnene og familien samt område for besøkende barn. Det ble også tatt opp viktigheten av renhold, sikkerhet og mer fleksible besøksrutiner. Alle informantene nevnte viktigheten av privatliv som en viktig faktor for dem. (Douglas, Douglas, 2004)

### 6.2.2 Indirekte medvirkningsmuligheter

Indirekte medvirkningsmuligheter er når den fødende selv ikke medvirker direkte, men når en annen person medvirker på kvinnens vegne. Dette kan være representanter fra forskjellige brukerorganisasjoner eller det kan være pårørende, gjerne et familiemedlem, som medvirker på kvinnens vegne.

Pårørende blir i følge *Nasjonal helse og omsorgsplan* beskrevet som en ressurs for tjenestemottakeren og helse- og omsorgstjenestene. De er eksperter på tjenestemottakerens situasjon, mestring og ønsker. Det er også kommentert at ved å involvere pårørende i tjenestetilbudet kan pårørende være en medhjelper tiltjenesteyter, men også ta over dette omsorgsarbeidet etter hvert. Pårørende involvering har vist seg gunstig både for pårørende og tjenestemottakeren (Kjellebold, 2010). Denne ressursen kan i følge *Nasjonal helseplan* benyttes til å bedre tjenestetilbudet, men også i planlegging og utvikling av helsetjenester. Dette nevner også *...Og bedre skal det bli! Rapport fra Kunnskapscenteret. Nasjonal helse og omsorgsplan* fortsetter med å poengteres at pårørende også har behov for informasjon slik tjenestemottakeren har. *Pasientrettighetsloven* stadfester at pårørende har rett til informasjon i den grad tjenestemottakeren sier bestemmer. Pårørende har dermed ingen rettighet på informasjon i seg selv, men gjennom tjenestemottakeren.

I diskusjonen om hvor mye pårørende skal involveres i utviklingen av tjenestetilbudet må det gjøres en avveining mellom hensynet til tjenestemottakeren, hensynet til pårørende opp mot den faglige forsvarligheten ved gjennomførelsen av kvalitetsutviklingen (Kjellebold, 2010).

Dessverre er kan involvering av pårørende i bli sett på som hemmende for effektivisering og dermed ressurs hensyn. Denne bekymringen er nevnt da det er uttalt at det krever ressurser å involvere tjenestemottakeren og pårørende i behandling (Kjellebold, 2010) det er også ytret bekymring om at en slik involvering av pårørende og tjenestemottakere kan føre til en ansvarsbeskrivelse fra tjenesteyteren da tjenesteyteren allerede arbeider under pressede omgivelser (Humerfelt, 2005a).

En annen måte å benytte seg av fødende kvinners kunnskap og erfaringer er gjennom representanter fra interesseorganisasjoner til å medvirke gjennom organisering og utvikling av tjenestetilbud på tjenestemottakernes vegne ...*Og bedre skal det bli! Styrk brukeren* benevner representanters arbeidsoppgaver som interessepolitiske talspersoner for sine respektive organisasjoner. Benyttelse av representanter medfører en indirekte medvirkning med forskjellig medvirkningsmulighet avhengig av oppgave. Representantene foreslås eller velges oftest ut av relevante interesseorganisasjoner (Andreassen, 2006). Det er konstatert gjennom de forskjellige dokumentene at representanter kan benyttes på forskjellige områder. Det kan være møte med forskjellige komiteer og utvalg for å formidle sine erfaringer og meninger, eller som deltaker i arbeidsgrupper.

Interesseorganisasjoner for tjenestemottakere blir sett på blant annet som viktige samarbeidspartnere til helsetjenesten i de fleste dokumentene. Dokumentet *Hvordan komme fra visjon til handling?* har styrking av samarbeidet med brukerorganisasjoner som et innsatsområde. Det skal legges vekt på å videreutvikle brukerorganisasjonenes rolle i utvikling av helsetjenestene. Brukerorganisasjoner for tjenestemottakere er en verdifull ressurs for innblikk i tjenestemottakers erfaringer som et alternativ perspektiv på utviklingen av kvalitetsarbeidet etter dokumentet ...*Og bedre skald et bli! styrk brukeren. Nasjonal helseplan* skriver at det er opprettet et kontaktforum mellom brukerorganisasjonen og helse- og omsorgsdepartementet.

*En gledelig begivenhet* eksemplifiserer at tjenestemottakere kan medvirke i arbeidsgrupper gjennom henvisning til dokumentet *Kvalitetskrav til fødselsomsorgen*. Dokumentet ble dannet av en arbeidsgruppe på oppdrag fra helsedirektoratet. Tjenestemottakere fra brukerorganisasjoner med relevant erfaring ble tatt med i utformingen av dokumentet. Medvirkning gjennom arbeidsgrupper er et tiltak der representanten får være med i hele prosessen med utformingen av tjenestetilbudet. I en arbeidsgruppe har representanten en

deltakerrolle som tilsier full mulighet for medvirkning på lik linje med de andre deltakerne i arbeidsgruppen (Andreassen, 2006; Kunnskapssenteret, s.a.b).

Dokumentet *En gledelig begivenhet* pålegger de regionale helseforetakene å utarbeide planer for en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg på regionalt nivå. *Hvordan holde orden i eget hus* ser også at interesseorganisasjoner for tjenestemottakere bli involvert i disse planene. Planene påvirker utviklingen av kvalitetsarbeidet innen fødselsomsorgen.

Brakerutvalget ved helseforetaket foreslår representanter til de spesifikke arbeidsgruppene (Andreassen, 2006). I denne utarbeidelsen vil representanter for tjenestemottakere med rett kompetanse involveres. Arbeidsgruppen var også med å utarbeide forslag til kvalitetsindikatorer for fødselsomsorgen.

Et utvalg/ råd representanter fra fødselsomsorgen er medlem av er etter dokumentet *En gledelig begivenhet* Nasjonal råd for fødselsomsorgen. To av medlemmene er representanter fra Liv Laga og Norske Kvinners Sanitetsforening (Ung Sanitet) to forskjellige brukerorganisasjoner for fødselsomsorgen. Dette rådet har som oppgave å bidra i planleggingen av tjenestetilbudet til gravide, fødende og barselkvinner. Det har også en rådgivende funksjon overfor helsedirektoratet når det gjelder spørsmål knyttet til svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Et tredje område er at de skal bistå helsedirektoratet i informasjonsarbeidet rettet mot befolkningen og fagmiljøene. Denne type medvirkningsform er anbefalt fra myndighetene (Andreassen, 2006) medvirkningsmuligheten dette rådet har er stor i seg selv da de betegnes som et rådgivende organ. Men ut fra rådets mandat og historie skulle en tro de hadde myndighet, da det ikke er ønskelig å gjøre samme feil flere ganger. Det var dessverre ikke slik noen år tilbake da rådet trakk seg da de ikke følte de hadde tillit fra departementet og følte seg usikre på eget mandat gjorde at rådet trakk seg (Nasjonalt råd for fødselsomsorgen, 2008).

I følge *Nasjonal helseplan* er det også opprettet et nasjonalt råd for kvalitet og prioritering. Representanter er representert i dette rådet. Rådet skal bidra til en samordnet innsats på tema av overordnet karakter hvor det er behov for drøfting på tvers av ansvarsposisjoner. Rådet vil ikke gi pålegg om oppfølging men skal skape åpenhet og legitimitet rundt vanskelige kvalitets- og prioriteringssaker.

Da perioden rundt svangerskap, fødsel og barseltid er forholdsvis kortvarig for de fleste foreldre, påpekes det at fokuset på fødselsomsorgen også er relativt kortvarig, da en ny periode med barn tar fokuset vekk fra fødselsomsorgen. Dette har betydning for hvem som organiserer seg og hvem som driver med medvirkning på denne gruppens vegne for der gjennom å påvirke og heve kvaliteten på tjenestene. Det kommer frem at medvirkning ikke har en lang historie i fødselsomsorgen gjennom *Utvalgsstrategi for jordmortjenesten*. Tross dette har interesseorganisasjonen Ung Sanitet vært aktive i utformingen av fødetilbudet.

## 7.0 Konklusjon

I denne oppgaven er det studert fødendes mulighet for medvirkning innen fødselsomsorgen. Oppgavens problemstilling ble delt inn i tre forskningsspørsmål som det gis en endelig besvarelse på nedenfor.

### **Hvilke begreper brukes i dag om mottaker av helsehjelp som medvirker i behandlingen, er det forskjell på begrepsbruken i de ulike dokumentene?**

Det kommer frem i de forskjellige dokumentene at det er flere begreper som benyttes for å beskrive tjenestemottakeren. De mest hyppige benyttede begrepene er ”pasient” og ”bruker”. Selv om litteraturen kan indikere at det er en form av passivisering av tjenestemottakeren gjennom ”pasient” begrepet og en myndiggjørende rolle gjennom ”bruker” begrepet, kommer ikke dette frem i resultatene. Det er ingen klar indikasjon på at det er sammenheng mellom begrepsbruk og om tjenestemottakeren har en aktiv eller passiv rolle.

Andre begreper som er benyttet i forhold til tjenestemottaker er i de dokumentene som er spesielt utviklet for fødselsomsorgen. Det er her benyttet mer begreper som kvinne og fødende. Det kan være fordi de er mer målrettede mot en gruppe tjenestemottakere og dermed kan være mer spesifikk i beskrivelse av mottakeren. En annen mulig begrunnelse er at det kan være at ikke alle personer generelt ser på fødende som en pasient selv om de går inn under pasientdefinisjonen benyttet i Pasientrettighetsloven. Dette kan være fordi fødsel kan bli sett på som en naturlig prosess, og sykeliggjør ikke nødvendigvis tjenestemottakeren.

### **Hvilke muligheter har tjenestemottaker til påvirkning av kvalitetsutviklingen av tjenestetilbudene?**

Det kommer frem i de forskjellige dokumentene at tjenestemottakere kan medvirke direkte og indirekte. De direkte medvirkningsmulighetene kan deles inn i medvirkning på individ og systemnivå. Direkte medvirkning er medvirkningsmuligheter der tjenestemottakeren selv kan direkte medvirke til på forbedringsprosesser innen kvalitetsarbeidet. Medvirkningsmuligheter på individnivå gir medvirkningsmuligheter for tjenestemottakeren til å medvirke direkte på tjenestetilbudet og individualisere dette for å få best mulig utbytte. Dette er en form for involvering som kan gi en reel medvirkningsmulighet. Direkte medvirkning på systemnivå har flere muligheter, men det kommer frem at disse mulighetene har begrensede medvirkningsmuligheter for tjenestemottakeren.

Indirekte medvirkningsmuligheter er medvirkning gjennom en representant som handler på tjenestemottakerens vegne. Indirekte medvirkningsmuligheter kan også benyttes på individ- og systemnivå. Indirekte medvirkning på individnivå kan være pårørende som medvirker på tjenestemottakerens vegne. Tjenestemottakerens påvirkning i denne situasjonen er å godkjenne at pårørende kan medvirke på deres vegne eller sammen med dem da det er først ved tjenestemottakers godkjenning at pårørende får rettigheter til medvirkning.

Indirekte medvirkningsmuligheter på systemnivå er gjennom representanter, ofte gjennom interesseorganisasjoner til forskjellige utvalg og arbeidsgrupper. Medvirkningsmuligheten varierer over hele spekteret på dette nivået. Det er kommet frem at beste medvirkningsmulighet er gjennom deltakelse i arbeidsgrupper.

### **Hvilke muligheter er det for forbedring av medvirkningsmulighetene til mottakere av helsetjenester?**

Da kvalitetsbegrepet er et dynamisk begrep som forandre ettersom samfunnet forandrer seg sammen med tjenestemottakernes forventninger til helsetjenesten, vil det alltid være forbedringspotensial. Men en kan stille spørsmål om det er andre og kanskje bedre metoder å benytte innen kvalitetsforbedringen. Det blir spesielt bemerket to metoder for medvirkning som kunne vært av relevans for fødselsomsorgen. Dette er benyttelse av IKT- verktøy i innhenting av erfaringer. Dette kan være gjennom tekstmeldinger, e-post og analyse av internettforum. En annen metode er en videreutvikling av intervju. Ved benyttelse av tjenestemottakere som partnere og ikke bare informanter i utformingen av tjenestetilbudet kan tjenestetilbudet ha potensial for å bli mer egnet for tjenestemottakeren.

### **Videre forskning**

Dette kunne vært interessant å se på og hvordan disse medvirkningsmulighetene blir jobbet rundt på regionalt og lokalt nivå da det er dem som skal aktivisere disse mulighetene. Det kan være interessant da de fleste dokumentene kommer med forslag, men ikke noe fastsatt. Det oppgis som oftest ikke noen tidsramme rundt de fleste forslag til medvirkning. Det utdypes heller ikke i de generelle dokumentene forklaringer på hvilke fagområder innen helsevesenet disse medvirkningsmulighetene skal utføres. Dette er ofte angående direkte medvirkning på systemnivå.

Det kunne vært aktuelt med flere IKT- baserte verktøy for å innhente erfaringer fra fødende, men også i utformingen av tjenestetilbudet. Videreutvikling av egenkartleggingsmetoder er et område som trenger mer forskning og utvikling, da denne metoden kan sikre medvirkningsmuligheten til tjenestemottaker og tjenestetilbudet.



## Litteraturliste

Aase, K & Wiig, S. (2010) *Skapelse og opprettholde et lærende helsevesen*. I K. Aase, (Red.) *Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsesystemet*. Universitetsforlaget, Oslo.

Aase, K. (2010) *Pasientsikkerhet – hendelser, begreper og omfang*. I K. Aase, (Red.) *Pasientsikkerhet – teori og praksis i helsesystemet*. Universitetsforlaget, Oslo.

Andreassen, T. A. (2006) Former for brukermedvirkning i helsetjenesten. I. T. A. Andreassen, (Red.) *Brukermedvirkning i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Bakke, T. (25.01.2010) kvalitetsutvikling i helse og sosialtjenesten i Norge i et 10- årig perspektiv *Helsebiblioteket* Lokalisert på <http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring/Hva+er+kvalitetsforbedring/Historikk>

Bate, P. & Robert, G. (2006) Experience- based design: from redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient. *Qual Saf Health Care*. 15, 307- 310. Doi: 10.1136/qshc.2005.016527

Bate, P., Robert, G. (2006) Experience- based design: from redesigning the system around the patient to co- designing services with the patient *Qual Saf Health Care* 15, 307- 310.

Bate, S. P. & Robert, G. (2007) *Bringing user experience to Healthcare improvement: the concepts, methods and practices of experience- based design*. Oxford. Radcliffe Publishing

Clancy, C. M. (2011) Patient engagement in Health Care *Health Service Research*, 46(2)389-393.

Coulter, A., (2005) What do patients and then public want from primary care? *BMJ*. 331, 1199- 2001

Davis, R. E., Jacklin R., Sevdalis, N., Vincent, C. A. (2007) Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health expectations*. 10, 259- 267.

Davis, R. E., Koutantji, M., Vincent, C. A., (2008) How willing are patient to question healthcare staff on issues related to the quality and safety of their healthcare? An exploratory study. *Qual Saf Health Care* 17, 90- 96

Douglas, C. H., Douglas, M. R. (2004) Patient- friendly hospital environments: exploring the patient perspective. *Health Expectations*. 7, 61- 73

Ekeland, T. & Heggen, K. (2008) *Meistring og myndiggjering - reform eller retorikk?* I T. Ekeland & Heggen, K.(Red.) *Meistring og myndiggjering - reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Akademiske

Forskningsetiske komiteer (2009) *Formål, forskningsetikk og lovverk*. Lokalisert på: <http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/Formal-forskningsetikk-og-lovverk/>

Framton, S. B., Wahl, C., Cappiello, G. (2010) Partnering with patients families. *AJN* 110(7) 53- 56.

Fudge, N., Wolfe, C. D. A., McKenvitt, C., (2007) Assessing the promise of user involvement in health service development: ethnographic study. *BMJ*. Doi: 10.1136/bmj.39456.552257.BE

Gillespie, R., Florin, D., Gillam, S. (2004) How is patient- centred care understood by the clinical, managerial and lay stakeholders responsible for promoting this agenda? *Health Expectations*, 7, 142- 148.

Gjørven, J. (26.06.2011) Fødselskadene vi ikke snakker om *Dagbladet* Lokalisert på <http://www.dagbladet.no/2011/06/26/tema/klikk/helse/17072680/>

Grønmo, S. (2004) *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.

Hallandvik, J. E. (2002)*Helsetjenester og helsepolitikk*. Oslo: Universitetsforlaget

Hanssen, L. E. 6 Braut, B. (2008) *Oppsummering av tilsynserfaringer og vurderinger av de små fødeavdelingene (Enheter med under 500 fødsler per år)* (Statens helsetilsyn) Lokalisert på: <http://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Brev-hoeringsuttalelser/Brev-hoeringsuttalelser-2008/Oppsummering-tilsynserfaringer-smaa-foedeavdelingene-under-500-foedsler-aar/>

Haug, E & Paulsen, K. M. (2007) *Mellom fag, forsvarlig og politikk i helse- og sosialtjenesten*. Oslo: Universitetsforlaget.

Helse og omsorgsdepartementet (2009) *En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*. (St. meld. nr. 12, 2008- 2009) Oslo: Departementet

Helse og omsorgsdepartementet (s.a.)*Styringsdokumenter*. Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/styringsdokumenter.html?id=535552>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009)*En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*. (St. meld. nr. 12, 2008- 2009) Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/pages/2152512/PDFS/STM200820090012000DDDPDFS.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)* (Meld. St. 16 (2010–2011)) Lokalisert på

<http://www.regjeringen.no/pages/16251882/PDFS/STM201020110016000DDDPDFS.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. *Nasjonal helseplan (2007- 2010)*(St.prp.nr.1 (2006–2007) kapittel 6) Lokalisert på

[http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Sykehus/Nasjonal\\_helseplan\\_Sartrykk.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Sykehus/Nasjonal_helseplan_Sartrykk.pdf)

Helse og omsorgstjenesteloven. LOV-2011-06-24-30. (2011). Lokalisert på

<http://www.lovdatab.no/ltavd1/filer/nl-20110624-030.html>

Helse sør- øst RHF (2011) Lokalisert på <http://www.helse-sorost.no/omoss/Sider/kontakt.aspx>

Helsedirektoratet(2004) *Hvordan holde orden i eget hus? Internkontroll i helse- og sosialtjenesten.* (Veileder IS-1183) Lokalisert på

[http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/Internkontroll\\_i\\_sosi\\_1061a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/Internkontroll_i_sosi_1061a.pdf)

Helsedirektoratet. *Utviklingsstrategi for jordmortjenesten.* (2010) Tjenestekvalitet og kapasitet (Rapport IS-1815) Lokalisert på

[http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00290/Utviklingsstrategi\\_\\_290259a.PDF](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00290/Utviklingsstrategi__290259a.PDF)

Helsedirektoratet.(2010) *Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen.* (Veileder IS-1877) Lokalisert på

[http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00316/Et\\_trygt\\_f\\_detilbud\\_316979a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00316/Et_trygt_f_detilbud_316979a.pdf)

Helseforetaksloven, LOV-2001-06-15-93 (2006) Lokalisert på <http://www.lovdatab.no/all/nl-20010615-093.html>

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64 (2010) Lokalisert på <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html>

Helsetilsynet (2011) *Landsomfattende tilsyn.* Lokalisert på

<http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Landsomfattende-tilsyn/>

Hjemtveit, V. (2005) Sosialpolitikk i historisk perspektiv. I M. A. Stamsø (Red.) *Velferdsstaten i endring.* Oslo: Gyldendal Akademiske

Humerfelt, K (2005b) Verdige historier, men uverdige bruk? I E. Willumsen, (Red.) *Brukernes medvirkning!* Oslo: Universitetsforlaget

Humerfelt, K. (2005a) Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv. I E. Willumsen, (Red.) *Brukernes medvirkning!* Oslo: Universitetsforlaget

Hvidsten, I & Stølan, J. (23.12.2010) 58 babyer døde i forbindelse med fødsel VG Lokalisert på <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/artikkel.php?artid=10012781>

Iversen, H. H., Holmboe, O. & Kjøllesdal, J. G. (2011) *Kvinnens og partners erfaringer fra svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorgen. Resultater fra en pilotundersøkelse.* (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten) Lokalisert på: <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Kvinnens+og+partners+erfaringer+fra+svangerskaps-%2C+f%C3%B8dsels-+og+barselomsorgen.+Resultater+fra+en+pilotunders%C3%B8kelse.12832.cms>

Jacobsen, D. I. (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode.* Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Jimenez, V., Klein, M. C., Hivon, M., Mason, C. (2010) A Mirage of Change: Family-Centred Maternity Care in Practice *Birth* 37(2)160- 167.

Kjellehold, A. (2005) Hensynet til brukeren – ideo om brukerorientering i helse- og sosialtjenesten. I E. Willumsen, (Red.) *Brukernes medvirkning!* Oslo: Universitetsforlaget

Kjellehold, A. (2010) Pårørendeinvolvering i helsetjeneste. I H. Hanssen (Red.) *Faglig skjønn og brukermedvirkning.* Bergen: Fagbokforlaget

Kjøllesdal, J. G., Bjertnæs, Ø. A., Danielsen, K. & Iversen, H., H. *Brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels og barselsomsorgen. En kartlegging av nasjonale undersøkelser og valide måleinstrumenter.* (2009) (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten) Lokalisert på: <http://www.kunnskapssenteret.no/systemsider/S%C3%B8keresultater?cx=010191580526572086837%3A3gzhprhbb6u&cof=FORID%3A11%3BNB%3A1&ie=UTF-8&q=Brukererfaringer+med+svangerskaps-%2C+f%C3%B8dsels+og+barselomsorg.+En+>

Kleiman, S. (2009) *Human centered nursing- the foundation of quality care.* F. A. Davis Company. Philadelphia.

Knutstad, U. (2010) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie.* Akribe: Oslo

Korsnes, O.(2008) *Sosiologisk leksikon.* Oslo: Universitetsforlaget.

Kristoffersen, N. J. (2007) Sykepleie – Kunnskap og kompetanse. I N. J. Kristoffersen, Nordtvedt, F. & Skaug, E *Grunnleggende sykepleie bind 1.* Oslo: Gyldendal akademiske

Kunnskapssenteret (s.a.a) *Metoder og verktøy for kvalitetsforbedring – Metode for kvalitetsforbedring*. Lokalisert på [http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder\\_verktoy/Metode\\_for\\_kvalitetsutvikling/1103](http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy/Metode_for_kvalitetsutvikling/1103)

Kunnskapssenteret (s.a.b) *Metoder og verktøy for kvalitetsforbedring – 1. Forberedelse*. Lokalisert på [http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder\\_verktoy/Metode\\_for\\_kvalitetsutvikling/1108](http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy/Metode_for_kvalitetsutvikling/1108)

Kunnskapssenteret (s.a.b) *Metoder og verktøy for kvalitetsforbedring – 1. Forberedelse*. Lokalisert på [http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder\\_verktoy/Metode\\_for\\_kvalitetsutvikling/1108](http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy/Metode_for_kvalitetsutvikling/1108)

Kunnskapssenteret (s.a.c) *Metoder og verktøy for kvalitetsforbedring – 2. Planlegge*. Lokalisert på [http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder\\_verktoy/Metode\\_for\\_kvalitetsutvikling/1109](http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy/Metode_for_kvalitetsutvikling/1109)

Kunnskapssenteret (s.a.d) *Metoder og verktøy for kvalitetsforbedring – 3. Utføre*. Lokalisert på [http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder\\_verktoy/Metode\\_for\\_kvalitetsutvikling/1111](http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy/Metode_for_kvalitetsutvikling/1111)

Kunnskapssenteret (s.a.e) *Metoder og verktøy for kvalitetsforbedring – 4. Kontrollere*. Lokalisert på [http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder\\_verktoy/Metode\\_for\\_kvalitetsutvikling/1113](http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy/Metode_for_kvalitetsutvikling/1113)

Kunnskapssenteret (s.a.f) *Metoder og verktøy for kvalitetsforbedring – 5. Standardisere og følge opp*. Lokalisert på [http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder\\_verktoy/Metode\\_for\\_kvalitetsutvikling/1157](http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy/Metode_for_kvalitetsutvikling/1157)

Kunnskapssenteret. *..og bedre skal det bli ved å involvere brukerne og gi dem innflytelse*. Lokalisert på [http://www.ogbedreskaldetbli.no/237/Brukermedvirkning\\_mindre\\_fil.pdf](http://www.ogbedreskaldetbli.no/237/Brukermedvirkning_mindre_fil.pdf)

Kyrkjebø, J. M. (1998) *Kvalitetsutvikling i helsetjenesten: en lærebok for helsefagstudenter*. Bergen: Fagbokforlaget

Leatherman & Sutherland (1998) Evolving quality in the new NHS,: policy, progress, and pragmatic consideration. *Quality in Health Care*. 7, 54- 61

Leplege, A., Gzil, F., Gammelli, M., Lefevre, C., Pachuod, B., Ville, I. (2007) Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. *Disability and Rehabilitation* 29(20-21)1555- 1565

Lynggard, K. (2010) Dokumentanalyse. I S. Brinkmann, & Tanggaard, L. (Red.) *Kvalitative metoder en grunnbog*. Hans Reitzels København: Forlag.

Maiz & Hundrup (2007) Kvalitetsudvikling. I I. Egerod, (Red.) *Dokumentation og kvalitetsudvikling*. (2. utg., s. 154- 172) København : Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Malterud, K. (1996) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Tano Aschehoug.

Martinussen, P. E, Opdahl, T. M. & Harsvik, T. (2009) *Kartlegging av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen på St. Olavs hospitalet*. (SINTEF rapport) Lokalisert på: <http://www.sintef.no/Publikasjoner-SINTEF/Publikasjon/?pubid=SINTEF+A11728>

McCormack, B., Karlsson, B., Dewing, J., Lerdal, A.(2010)Exploring person- centredness: a qualitative meta- synthesis of four studies. *Scand J Caring Sci* 24, 620- 634

Pasientrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63 (2010) Lokalisert på <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html>

Pickles, J., Hide, E. (2008)Experience based design: a practical method of working with patients to redesign services. *Clinical Governance: An International Journal*. 13(1)51- 58

Pope, R., Graham, L., Patel, S. (2001) Woman-centred care. *International Journal of Nursing Studies*. 38, 227- 238.

Repstad, P. (2007) *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Riiskjær, E., Mainz, J., Rohd, P. (2011) Brugerinvolvering. I Mainz, J., Bartels, P., Bek, T.,

Pedersen, K. M., Krøll, V., Rohde, P. *Kvalitetsudvikling i praksis*. København: Munksgaard Danmark.

Robert, G. B., Anderson, J. E., Burnett, S. J., Aase, K., Andersson-Gare, B., Bal, R... Fulop, J. N. (2011) A longitudinal, multi-level comparative study of quality and safety in European hospitals: the QUASER study protocol. *BMC Health Services Research*. 11: 285

Scherman, M. H. & Runesson, U. (2009) *Den lærende pasienten* Polen: Studentlitteratur.

Skivenes, M. & Willumsen, E. (2005) Brukermedvirkning i barnevernets ansvarsgrupper. I E. Willumsen, (Red.) *Brukernes medvirkning!* Oslo: Universitetsforlaget

Skivenes, M. (2005) Forvaltning og politikk- om den nødvendige forbindelsen mellom brukermedvirkning og borgermedvirkning. I E. Willumsen, (Red.) *Brukernes medvirkning!* Oslo: Universitetsforlaget

Sosial og helse departementet (2000) *Om akuttmedisinske beredskap*. (St. meld. nr. 43, 1999-2000) Oslo: Departementet

Sosial- og helsedirektoratet. (2005) *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...Og bedre skal det bli!* (2005-2015)(Veileder IS-1162)Lokalisert på [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00004/IS-1162\\_4390a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00004/IS-1162_4390a.pdf)

Sosial- og helsedirektoratet. (2007) *Hvordan kommer vi fra visjoner til handling? ...og bedre skal det bli!* (Veileder IS-1502) Lokalisert på [http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00019/IS-1502\\_19228a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00019/IS-1502_19228a.pdf)

Sosial- og helsedirektoratet.(2006) *...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten, innsatsområdet STYRKE BRUKEREN*. Lokalisert på [http://www.ogbedreskaldetbli.no/237/2812\\_SHdir\\_SFK\\_Styrke\\_Brukeren\\_1\\_.pdf](http://www.ogbedreskaldetbli.no/237/2812_SHdir_SFK_Styrke_Brukeren_1_.pdf)

Spesialisthelsetjenesteloven, LOV-1999-07-02-61 (2009) Lokalisert på <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-061.html>

Stamsø, M. A. (2005) *Organisering og finansiering av velferdstjenester*. I M. A. Stamsø, *Velferdsstaten i endring*. Oslo: Gyldendal Norske forlag

Statens helsetilsyn (2004) *Oppsummering av landsomfattende tilsyn ved fødeinstitusjoner i 2004*. (Rapport fra Helsetilsynet 11/2004) Lokalisert på: <http://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Rapport-fra-Helsetilsynet/Rapport-Helsetilsynet-2004/Oppsummering-landsomfattende-foedeinstitusjoner-2004/>

Stewart, M. (2001) *Towards a global definition of patient centred care*. *BMJ* 322, 444- 445.

Stordalen, J. (1998) *Pasient- et begrep til besvær?*. I B. Johannessen, (Red.) *En reise i pasienters og sykepleieres verden*. Oslo: Tano Aschehoug.

The European Public Administration Network (2008) *Europeisk veiledning I brukerreting og brukermedvirkning* Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/upload/FAD/Vedlegg/Forvaltningsutvikling/Brukererettingsveiled er.pdf>

Thompson, A. G. H., (2007) *The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: A taxonomy*. *Social Science & Medicine*. 64 1297- 13- 10

Vincent, C. (2010) *Patientsafety*. West Sussex: Wiley – Blackwell,

Øian, P, Backe, B., Bernitz, S., Eikeland, T., Klovning, A., Pleym, S. & Strømme, L.  
(2008)*Sluttrapport fra Nasjonalt råd for fødselsomsorgen*. (Helsedirektoratet) Lokalisert på:  
[http://www.helsedirektoratet.no/sykehus/fagnytt/sluttrapport\\_fra\\_nasjonalt\\_r\\_d\\_for\\_f\\_dselso\\_msorg\\_125844](http://www.helsedirektoratet.no/sykehus/fagnytt/sluttrapport_fra_nasjonalt_r_d_for_f_dselso_msorg_125844)





