



Universitetet i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Master i Helsevitenskap

Masteroppgave (50 studiepoeng)

Student: Espen Kolstø

Veileder: Eline Ree, postdoktor

15.11.2018

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

(Vår/høst – årstall) Høst 2018

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Espen Kolstø

VEILEDER: Eline Ree

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE

Nordisk tittel: Brukerinvolvering, kvalitet og sikkerhet-en case-studie i en hjemmetjeneste

Engelsk tittel: User involvement, quality and safety- a case- study in home-care

EMNE/STIKKORD

Brukerinvolvering, kvalitet, sikkerhet

ANTALL SIDER: 78

STAVANGER 15. november 2018

DATO/ÅR

FORORD

Min interesse for pasientsikkerhet fikk jeg etter en introduksjon av emnet i et av seminarene i Masterprogrammet ved Universitetet i Stavanger. Påfølgende pasientsikkerhetskurs med Siri Wiig utover høsten 2017, gav meg forståelsen av hvor viktig dette temaet er for oss som jobber i helsevesenet. Tusen takk Siri Wiig.

Tusen takk til Eline Ree som har veiledet meg gjennom masteroppgaven. Takk for dine konstruktive og systematiske tilbakemeldinger.

Takk til arbeidsgiver og til gode kollegaer, som har lagt til rette for masterstudiet. Takk til dere som har hjulpet meg med korrekturlesing og teknisk utforming.

Til slutt vil jeg takke min familie og venner, som har hatt tålmodighet med meg. Takk for den støtten dere har gitt meg. En ekstra stor takk til min kone Naisa, som har vært tålmodigheten selv. Takk for at du var der med de rette ordene, slik at jeg holdt motivasjonen oppe til å komme i mål.

TUSEN TAKK!

Stavanger, 15. november 2018

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING.....	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema	7
1.2 Tidligere forskning.....	9
1.3 Studiens hensikt	11
1.4 Problemstilling	11
1.5 Avgrensing og begrepsavklaring	12
1.5.1 Bruker og pasientbegrepet.....	12
1.5.2 Bestiller- utfører modellen	12
1.5.3 Brukermedvirkning	13
1.5.4 Brukerperspektivet	15
2.0 TEORETISK PERSPEKTIV	16
2.1 Arnstein`s modell «Ladder of citizen participation»	17
2.1 Tritters modell for PPI (Patient and Public involvement)	19
2.2 Organizing for quality model.....	21
3.0 METODE OG ANALYSE.....	23
3.1 Forskningsstrategi og design.....	23
3.2 Valg av case og kontekst	24
3.3 Utvalg	25
3.4 Datainnsamling	26
3.4.1 Litteratursøk	27
3.5 Forforståelse	28
3.6 Transkribering	29
3.7 Systematisk tekstkondensering	29
3.7.1 De fire trinnene	30
3.8 Forskningsetiske betraktninger.....	33
4.0 RESULTAT	35
4.1 Presentasjon av resultater	35
5.0 DISKUSJON	42
5.1 Metodologiske betraktninger	42
5.1.1 Refleksivitet	42
5.1.2 Validitet	43

5.1.3 Intern validitet- <i>spørsmålet om relevans</i>	43
5.1.4 Ekstern validitet- <i>spørsmålet om kontekst</i>	45
5.2 Diskusjon av hovedfunn	45
5.1.1 Involvering av brukerne med fokus på mestring og meningsfulle aktiviteter gir livskvalitet, og fremmer brukerinvolvering.....	46
5.2.2 I Krysspreset i samhandlingen mellom fagpersonell, brukeren og pårørende	49
5.2.3 Kvalitet og sikkerhet i overganger mellom hjem, sykehjem, fastlege og spesialisthelsetjenesten.	55
6.0 Konklusjon.....	61
6.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning	62
6.1.1 Implikasjoner for praksis	62
6.1.2 Videre forskning	63
Litteraturliste	64

VEDLEGG

Vedlegg 1: Intervjuguide ansatte

Vedlegg 2: Intervjuguide ledere

Vedlegg 3: Informasjonsskriv til deltakerne

Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD

Sammendrag

Helsemyndighetene forventer brukerinvolvering i helse- og omsorgstjenestene. Det forventes at tjenestene skal utvikles sammen med pasienten, brukere og deres pårørende. Brukerne skal få større innflytelse over egen hverdag, og de skal oppleve mestring. Hensikten med studien er å bidra til økt kunnskap knyttet til hvordan en hjemmetjeneste involverer sine brukere og pårørende, og på hvilken måte dette kan påvirke kvaliteten og sikkerheten i tjenesten. Det ble benyttet et kvalitativt design med tre fokusgruppeintervju. Oppgaven er en case studie. Transkripsjonene fra fokusgruppeintervjuene ble analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering. Resultatene endte opp i tre tema: Involvering i mestring og aktiviteter gir livskvalitet, krysspress i samhandling mellom personell, brukerne og dere pårørende og samarbeid med eksterne tjenester påvirker kvalitet og sikkerhet. Studien antyder en kulturforskjell mellom de ulike avdelingene i hjemmetjenesten. Hverdagsrehabilitering og dagsenter er i høy grad brukerstyrt. Hjemmesykepleien er preget av standardiserte tjenester og tidspress. Dette gir vesentlig mindre rom for fleksibilitet, og som kan resultere at brukerne og deres pårørende blir i mindre grad involvert. Studien peker på informasjonssvikt, manglende skriftlig dokumentasjon, e- meldingssystemer som fungerer i varierende grad, feil i journaler og trege tilbakemeldinger i samarbeidet med fastlege og spesialisthelsetjenesten. Studien peker også på funn der manglende samarbeid mellom sykehjem og hjemmetjenesten kan føre til funksjonsnedsettelse hos bruker. Dette påvirker i høy grad kvaliteten og sikkerheten i en hjemmetjeneste. Brukerne blir i liten grad involvert i disse utfordringene. For at brukerens stemme skal få relevans, må hjemmetjenesten ta i bruk verktøy og metoder for innhenting av bruker- og pårørendeerfaringer. Til tross for at man ser at bruker- og pårørendeinvolvering blir satt på agendaen i denne hjemmetjenesten, vil deres manglende systematiske arbeid med involvering, resultere i en variert grad av vellykkethet. Dette er et lederansvar. Lederne i hjemmetjenesten må komme mer på banen å *dra lasset* for å få dette til.

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I stortingsmelding 26 (2014 2015) blir det fremhevet at fremtidens helse- og omsorgstjeneste skal være pasientens og brukerens tjeneste. Tjenestene skal utvikles sammen med bruker og deres pårørende. De skal få større innflytelse i forhold til egen hverdag, og de skal oppleve mestring. Målet er å skape tjenester som bidrar til at de som mottar tjenestene får ivare tatt sine grunnleggende behov i tillegg at man tar i bruk brukerens ressurser, der fokus på mestring og brukerens ressurser danner grunnlag for utvikling av tjenestene (Meld. St. 26 (2014-2015)). Disse prinsippene er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven. Pasient, brukere og pårørende skal være like viktige som helsepersonell og politikere.

Vi har sett en økende oppmerksomhet i forhold til kvalitet og brukersikkerhet de siste årene, og helsemyndighetene har satt i gang flere ulike tiltak i styrking av dette arbeidet. Noen av disse er å styrke sikkerheten i forhold til legemiddelbruk, sikkerhet i overganger mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten og mellom avdelinger i de ulike tjenestene med fokus på uønskede hendelser. (Meld. st.10 (2012-2013)). Kvalitet innen helse- og omsorgstjenesten innebærer at tjenestene skal:

- være virkningsfulle
- være trygge og sikre
- være samordnet og preget av kontinuitet
- utnytte ressursene på en god måte
- være tilgjengelige og rettferdig fordelt

Meld. St. 10 (2012- 2013); Helsedirektoratet (2005).

I arbeidet med Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste*, ble det lagt stor vekt på innspill og dialog fra brukere og pasienter. Disse møtene ga tydelige budskap om hvilke utfordringer man kunne finne i primærhelsetjenesten:

- *Kvaliteten på tjenesten*
- *Tjenestene opplevdes som fragmenterte og søyleorganiserte. Lite koordinering mellom tjenestene*
- *Det er for lite brukerinvolvering*
- *Fastlegene er for dårlig integrert i resten av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.*

Brukeren ønsker å bli tatt på alvor og behandlet med respekt. Brukeren ønsker å ha innflytelse i beslutningen om hvilke tjenester som mottas, få opplæring, bli hørt og oppleve mestring i egen sykdom. Tjenesteyterne må i større grad tørre å tenke annerledes. Man må tørre å tåle at brukeren gjør egne valg i behandlingen og i større grad involvere pårørende som også sitter inne med verdifull kunnskap. Skal vi sikre en god og fremtidsrettet pasientomsorg må vi legge mer vekt på å involvere brukerne i alle prosessene som omfatter tjenestene brukerne mottar. Man må utvikle en proaktiv holdning der forebygging i større grad kommer i fokus for å sikre gode brukerforløp. (Meld. St. 26 (2014-2015)).

Tilgang på nødvendige brukeropplysninger, registerdata og klinisk informasjon er viktige forutsetninger for å sikre god kvalitet i tjenestene. Et område med store pasientutfordringer er legemiddelbruk. Man regner med at om lag 12 prosent av alle pasientskadene skyldes feil i legemiddelbruk (Meld. St. 18 (2004-2005)). En sentral utfordring er den manglende oversikten over pasientens faktiske legemiddelbruk som kan oppstå når brukeren iverføres innad i avdelingene mellom omsorgsnivå. Utfordringene oppstår også i overganger mellom sykehus og hjemmetjeneste (Meld. St. 10 (2012- 2013)).

Kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester skal etablere systemer for innhenting av brukeres og pårørendes erfaringer og synspunkter. Det skal sørges for at de blir hørt ved utformingen av tjenestene. Der kreves også et system som håndterer disse tilbakemeldingene fra brukeren og bruke dem til kvalitet- og sikkerhetsforbedring (Meld. St. 10 (2012- 2013); Meld. St. 26 (2014- 2015); Meld. St. 29 (2012- 2013)).

De største endringene som har skjedd i primærhelsetjenesten de siste tiårene, ser vi i form av en stadig økning av tjenester i hjemmet. Disse tjenestene kan være med på å forebygge funksjonssvikt og sykdomsutvikling, og man kan utsette institusjonsinnleggelse. Formålet med hjemmetjenestene er å fremme fysisk helse, mestring og tidlig intervensjon. (Meld. St. 26 (2014-2015)).

Kommunenes hjemmetjenester vil i fremtiden få større utfordringer med en markant økning av eldre og dermed også et økende behov for disse tjenestene. Dette vil gi press til kommunene om å tenke nytt. Stortingsmelding 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg* sier noe om dette. Den tar blant annet opp at pasienten og pårørende må sees på som en ressurs. Tradisjonelt sett har både bruker og pårørende ofte blitt ignorert av helseprofesjoners paternalistiske holdninger. Pasienten og pårørende sitter inne med erfaringer og verdifull kunnskap som helsetjenesten må ta i bruk i større grad. Ved aktivisering og hjelp til selvhjelp vil dette kunne bidra til bedre resultater for brukerne og bedre utnyttelse av samfunnets ressurser

1.2 Tidligere forskning

I gjennomgang av tidligere forskning på feltet, konsentrerte jeg meg om å lete etter forskning som omhandlet mitt tema: brukerinvolvering og økt kunnskap om hvordan en hjemmetjeneste jobber med brukerinvolvering i forhold til kvalitet og sikkerhet.

Studien fant ikke tidligere forskning som konkret hadde undersøkt måten en hjemmetjeneste jobber med brukerinvolvering og kvalitet- og sikkerhetsarbeid, verken nasjonalt eller internasjonalt. Dette kan tyde på at det er et kunnskapshull på området. Der ble imidlertid funnet studier i forhold til brukerinvolvering, kvalitet og sikkerhet i forhold til andre helsetjenester, og som ble ansett som relevant i denne studien.

Flere studier viser at få eldre følte at de ble involvert eller deltok i beslutningsprosessen ved utskrivelse fra sykehus (Almborg mfl., 2008; Benten og Spalding, 2008; Foss og Hofoss, 2011).

Foss og Hofoss (2011) sier i sin studie at eldre ønsker medvirkning, men opplevde få muligheter til å snakke, blir hørt og bli involvert i beslutninger om deres helsesituasjon. De opplevde sjelden reell medvirkning.

Helsemyndighetene har i de senere år krevd at brukerne og pårørende må involveres mer i tjenestene de mottar. Til tross for dette ser man at disse målene ikke blir nådd. Tierney, McEvoy mfl. (2016) mener at noe av årsaken til dette kan være at man ikke klarer å «normalisere» involvering i tjenestene, der det faller som en naturlig rutine i det daglige arbeidet (Tierney, McEvoy mfl., 2016).

Backman mfl. (2016) sier at det i de siste ti årene har vært et økende fokus på involvering av eldre i de tjenestene de mottar. Dette blir ofte satt som en indikator for hvor god kvalitet tjenestene har. Studien deres sier også at ledelsesatferd har en stor rolle i forhold til å få til et miljø med høy grad av brukerinvolvering.

Britiske helsemyndigheter forventer brukerinvolvering innen psykiatrisk helse. Til tross for dette, føler pasientene seg marginalisert i forhold til å få kunne være med i utviklingen av tjenestene. Man ser at intensjonene er gode, men realiteten er altså annerledes (Grundy, Bee mfl., 2016).

I en studie som gikk over 2 år på et universitetssykehus i Sverige, ble der gjennomført en rekke tiltak som skulle øke involvering av pasienter. Det viste seg at tiltakene hadde liten effekt for pasienten. Noe av det positive med tiltakene som ble gjort, var at de ansatte følte at det hadde oppstått en kulturendring i avdelingene, der en fikk en økt aksept for brukerinvolvering. (Jangland and Gunningberg, 2017).

Brukerinvolvering i langtids- omsorg har i mange land hatt høyt fokus de siste årene. I en studie gjort i Nederland fant man at mange brukere var opptatt av å kunne ha innvirkning på måltidene. De ansatte brukte aktivt brukernes erfaringer, noe som førte til et partnerskap mellom brukere og helsepersonell. Dette gav økt innflytelse og kontroll over eget liv for brukerne i langtids- omsorg. (Abma and Baur, 2015).

Involvering av pasient og familie blir sett på som en viktig del av behandlingen i Dansk psykiatri. Man ser på dette som en viktig del for å øke kvaliteten på tjenestene som blir gitt. I studien til Oute mfl. (2015) fant man at å øke ansvarligheten for pasient og familie i behandlingen, gav bedre resultater i sykdomsforløpet samt at det vil ha en positiv kostnadseffekt for virksomhetene.

I en litteraturstudie (Kitson, Marshall mfl., 2013) ble det sett på kjerneelementer som identifiserer brukerinvolvering innen helsepolitisk-, medisin- og sykehuslitteratur.

Konklusjonen er at profesjoner har en tendens til å fokusere på ulike elementer, og at dette kan ha en negativ effekt i forhold til å implementere brukerinvolvering i praksis.

Ifølge Wiig mfl. (2013) er det et stort gap mellom de forventningene det er i forhold til brukerinvolvering på makronivå og til det som i virkeligheten blir gjort på mikronivå. I praksis ser man at det ikke fungerer i forhold til intensjonene.

I følge McGlynn (2004) er det ikke hvor mye penger man legger inn i kvalitetsarbeidet i helseforetakene som betyr mest, men hva pengene blir brukt til. Hun påpeker at å investere i kvalitetsmålingsinstrumenter og rapportssystemer er nøkkelen for å kunne finne tiltak som gir de beste resultatene.

En studie av Dyrstad mfl. (2014) viser at brukerinvolvering blant eldre pasienter var lav til tross for at ønsket om å medvirke var høy. Det er imidlertid behov for mer forskning på dette området.

Tema for oppgaven er brukerinvolvering og økt kunnskap om hvordan en hjemmetjeneste jobber med bruker- og pårørendeinvolvering i forhold til kvalitet og sikkerhet.

1.3 Studiens hensikt

Hensikten med denne studien er å få mer innsikt i hvordan en hjemmetjeneste jobber med brukerinvolvering i forhold til kvalitet og sikkerhet. Formålet er å få frem ledernes og ansattes historier om hvordan deres brukere og pårørende blir involvert i tjenestene. Et annet fokus er hvordan brukerinvolvering kan påvirke kvaliteten og sikkerheten i hjemmetjenesten. Resultatene i denne studien kan bidra til økt kunnskap om brukerinvolvering i den undersøkte hjemmetjenesten, og muligheten for at også andre som jobber innen helse- og omsorgstjenester kan dra nytte av kunnskapen.

1.4 Problemstilling

På bakgrunn av tidligere forskning har jeg valgt følgende problemstilling:

Hvordan jobber ledere og ansatte i hjemmetjenesten for å involvere brukere og pårørende, og på hvilken måte kan dette påvirke kvalitet og sikkerhet?

For å besvare denne problemstillingen vil jeg ta utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål:

- På hvilken måte blir brukere og pårørende i hjemmetjenesten involvert?
- Hvordan kan samarbeidet mellom hjemmetjenesten og andre tjenesteytere påvirke brukerinvolvering i forhold til kvalitets- og sikkerhetsarbeidet?
- Hva kan hemme og hva kan fremme brukerinvolvering i en hjemmetjeneste?

1.5 Avgrensning og begrepsavklaring

Her presenteres noen sentrale begreper og avklaringer som blir brukt gjennomgående i studien. Til slutt blir det sagt noe om begrensninger av studien.

1.5.1 Bruker og pasientbegrepet

I denne studien benyttes begrepet *bruker*. Begrepet *bruker* erstatter vanligvis begrepene klient og pasient for tjenester som blir gitt av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Bruker blir dermed omtalt som den som mottar eller ber om helsehjelp, omsorgstjenester eller økonomiske stønader. Hjemmetjenesten anvender begrepet *bruker* om dem de gir tjenestene til. Pårørende er viktige parter i brukermedvirkning, der de ofte inngår i brukerbegrepet. I noen sammenhenger skiller man mellom bruker og pasient ved at pasientbegrepet omhandler mer akutte sykdommer der pasienten blir frisk etter behandling, og der brukerbegrepet blir brukt i forhold til personer som benytter seg av helse- og omsorgstjenester over tid, og er i større grad i stand til å ta vare på seg selv (Hanssen mfl., 2015).

1.5.2 Bestiller- utfører modellen

Hjemmetjenesten som undersøkelsen er gjort i arbeider ut ifra en bestiller- utfører modell. Denne fikk sin utforming fra markedsorientert organisasjonsteori, beskrevet som New Public Management. Denne organisasjonsteorien legger vekt på å skille mellom de i en organisasjon som forvalter en tjeneste, fra de som utfører tjenesten. Målet var å kvalitetssikre en tjeneste for å ha større økonomisk kontroll, og at midlene man hadde til rådighet ble mest mulig rettferdig fordelt. De som utfører tjenestene må forholde seg til faste økonomiske rammer. Denne modellen er også ment å bygge opp under at brukeren

får større innflytelse i forhold til sine tjenester, og at brukeren kan direkte henvende seg til bestilleren, uten å gå igjennom utfører. Dette er med på å øke tryggheten i saksbehandlingen, samtidig som det gir økt rettssikkerhet (Røvik, 2007).

1.5.3 Brukermedvirkning

Studien bruker begrepet brukerinvolvering i sammenhengen der brukeren blir satt i fokus for medvirkning. Begrepet brukerinvolvering har elementer i seg i forhold til sentrale menneskerettslige verdier som likeverd, integritet og autonomi. Man har krav på respekt for sin psykiske og fysiske integritet og personlige autonomi (Barbosa da Silva 2006, s. 62-63).

Hva er brukermedvirkning?

Selv om brukermedvirkning skilles fra andre begreper som brukerdeltakelse, brukerstyring og brukerorientering, vil disse allikevel ha en overlappende betydning (Haukelien mfl., 2011; Hansen mfl., 2013; Kjellevold, 2006). I internasjonal litteratur vil begrepene «user involvement» og «user empowerment» også ha en overlappende betydning i forhold til brukermedvirkning (Glasby, 2012:137). Felles for alle disse begrepene er at hensynet til brukeren settes i sentrum (Andreassen, 2005; Kjellevold, 2006), eller at man involverer brukeren i beslutningstaking. Det overordnede argumentet for brukermedvirkning er endringer i maktforholdet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker, der mottakeren får mer makt over tjenestene (Andreassen, 2005; Haukelien mfl., 2011; Kjellevold, 2006). Brukere som medvirker aktivitet i egenomsorg og mestring, kan bidra til å gjøre dem mindre hjelpeavhengig av helsetjenesten (Storm, 2009). Man skiller ofte mellom brukermedvirkning på individ- og systemnivå (Andreassen, 2005; Ellegaard og Dybbroe, 2015; Hansen mfl., 2013; Haukelien mfl., 2011). På *individnivå* dreier det seg om den relasjonen mellom tjenesteyter og brukeren som involveres, og at brukeren deltar aktivt og får innflytelse i forhold til de beslutninger som angår en selv. (Hansen mfl., 2015). Deltakelsen skal sikre at tjenestene har relevans for brukeren, og at den involverte får en aktiv rolle i forhold til å bestemme tjenestens form og innhold (Ørstavik, 2002). Når brukere involveres i selve utformingen av tjenestene, kalles det brukermedvirkning på systemnivå. Eksempler på dette er brukerrepresentanter som deltar på ulike møter der man utformer tjenestetilbudet (Andreassen, 2005; Glasby, 2012; Haukelien mfl., 2011).

Brukermedvirkning og brukerinvolvering er begreper som brukes i lignende sammenhenger, og har lik betydning. Jeg har valgt å bruke begrepet brukerinvolvering i denne studien.

Lovforankringer i forhold til brukermidvirkning

På slutten av 1990 tallet kom det flere lover som satte søkelys på brukermidvirkning. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) gav brukeren og pårørende rettighet til å involveres i tjenester som angår dem.. Helsepersonelloven (1999) sier noe om plikten helsepersonell har for å involvere brukeren og pårørende. Loven skal sikre kvaliteten og sikkerheten som blir gitt til brukere og pasienter i helse- og omsorgstjenesten, og samtidig skape tillit i forhold til tjenestene som blir gitt. Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) skal sørge for at alle som oppholder seg i kommunen har rett til nødvendig helse- og omsorgstjenester. Den skal sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud. Den skal sørge for at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov. Det legges også vekt på at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet, verdighet, og at ressursene utnyttes best mulig.

Lovene skal bidra til at brukeren får ivare tatt sitt rettmessig krav til å medvirke i eget behandlingsforløp. Brukeren skal også oppleve tjenestene som sikre, og at de har god kvalitet.

Brukermidvirkning er et ledelsesansvar

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2017) pålegger ledere til å involvere brukerne og deres pårørende i kvalitets- og sikkerhetsarbeid. Deres erfaringer skal få innflytelse om mulige forbedringsområder i tjenestene. Å sette brukermidvirkning på dagsordenen er et lederansvar. Det er også viktig at lederne setter brukerinvolvering på agendaen for sine ansatte. Brukermidvirkning skal inkluderes i organisasjonene både på individ og systemnivå, og utføres i samsvar med de lover og politiske føringer som foreligger (Storm, 2009). Det å forankre brukermidvirkning på et overordnet nivå, kan bidra til at brukermidvirkning virkelig fungerer. Man sender på denne måten signaler nedover i organisasjonen at man mener alvor med å involvere brukerne (Andreassen, 2005).

1.5.4 Brukerperspektivet

Seim og Slettebø (2007, s 28-29) definerer brukerperspektivet som at den profesjonelle eller ansatte skal ha brukernes interesser og behov i fokus. I tråd med den tradisjonelle oppfatningen skal den profesjonelle gjennom å ha pasienten/klienten i sentrum kunne forstå brukeren ut ifra deres interesser og behov, i kraft av sin kunnskap og erfaring.

Hanssen mfl. (2015) sier at i forhold til en profesjonell relasjon må begrepet «brukerperspektiv» forstås som todimensjonalt. Den ene dimensjonen kan sees på samme måte som Seim og Slettebø (2007) beskrev, å se brukeren i tillegg til å ha brukerens interesser og behov i sentrum. Dette representerer ifølge Seim og Slettebø (2007) en ovenfra og ned synsvinkel. Dette kaller Hanssen mfl. (2015) faglig brukerperspektiv. Den andre dimensjonen omhandler brukerens egen forståelse i forhold til fortid, nåtid og framtid, og sees på som en nedenfra og opp synsvinkel. Dette kalles ifølge Hanssen mfl. (2015) brukerens perspektiv. Bruk av faglig skjønn bør omhandle begge disse to dimensjonene. Dette innebærer at den profesjonelle legger til rette for at bruker kan komme frem med sine synspunkter, være lydhør og skape trygghet i relasjonen. Helsepersonell vil på denne måten kunne innta brukerperspektivet ut ifra sin fagkunnskap og gjennom brukerens formidling av sitt perspektiv. For å kunne innta brukerens perspektiv, må helsepersonell evne å både ha brukeren i fokus i et faglig brukerperspektiv, samtidig som man må kunne tilrettelegge for brukerens mulighet til å medvirke med sin opplevelse av situasjonen. (Humerfelt, 2012; Hummerfelt, 2005)

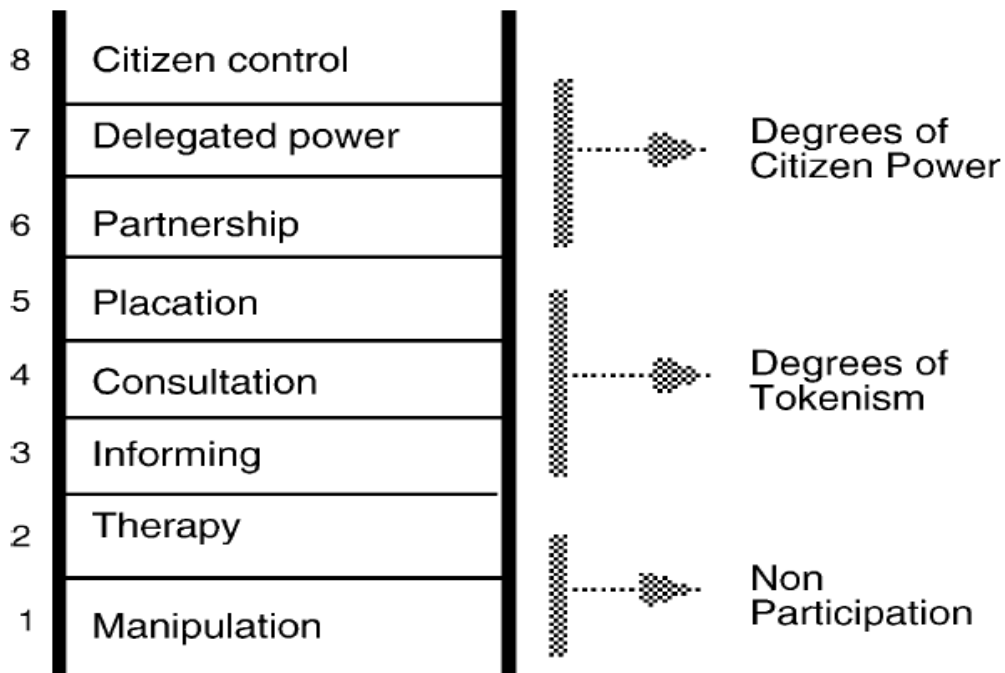
Studien begrenser seg til å studere på hvilken måte en hjemmetjeneste jobber med involvering av brukere og pårørende i forhold til kvalitets og sikkerhet.

2.0 TEORETISK PERSPEKTIV

I dette kapitlet blir Arnstein`s (1969) «Ladder of citizen participation» og Tritters (2009) «Patient and public involvement» modeller presentert i forbindelse med brukermedvirkning. Disse modellene har likheter, men ved å ta frem begge, kan man få en bredere forståelse av ulike vinklinger på å se brukermedvirkning. Styrken med Arnsteins modell kan sees i forhold til medborgernes kamp for å få økt makt i forhold til utvikling av helsetjenestene. Svakheten er at modellen ikke tar med komplekse og nyanserte sider ved brukermedvirkning, og at man ikke ser brukermedvirkning i et mikroperspektiv. Dette mener Tritter (2009) at han i sin modell kan gi en bedre beskrivelse av. Videre blir Bate mfl. (2008) sin modell i forhold til kvalitet og sikkerhet presentert.

2.1 Arnstein`s modell «Ladder of citizen participation»

I 35 år har Arnstein`s modell for borgerdeltakelse vært en milepæl for politikere og praktikere i arbeid med brukerinvolvering. Modellen er utformet som en stige, der grad av brukerinvolvering beskrives i ulike nivåer hierarkisk. Den består av 8 trinn som vil bli forklart nærmere (Se figur 1)



Figur 1. Ladder og citizen participation.

De ulike trinnene beskriver i hvilken grad borgerne blir involvert av maktinnehaverne. Arnstein deler videre graden av involvering in i 3 grupperinger:

1. Ingen borgerinvolvering

Trinn 1: Manipulation

På dette trinnet betraktes brukerinvolvering som enveiskjøring, der myndighetene i forkant har bestemt utfallet, og der man på ulike vis manipulerer borgerne til å oppfatte at det som blir gjort er i brukermedvirkningens navn. Her forsøker maktinnehaverne å opplyse eller informere borgerne i den hensikt i at de skal støtte de tiltak som fattes.

Trinn 2: Therapy

Brukerinvolvering blir fokusert på i forhold til pasientens/brukerens helsetilstand. Helsepersonell kan eksempelvis forsvare at de involverer brukeren i de tilfeller der alvorlige hendelser har skjedd med en bruker, og at man betrygger brukeren om at det ikke vil skje igjen. I stedet for å etterforske en uønsket hendelse i forhold til å forebygge fremtidige svikt, prøver helsepersonell å dysse forholdet ned, med eksempelvis å gi brukeren forsikringer om at det ikke kommer til å skje igjen.

2. Delvis borgerinvolvering

Trinn 3: Informing

Å informere siner borgere i forhold til deres rettigheter, ansvar og muligheter kan bli det første steget mot en legalisering av brukerinvolvering. Likevel vil som oftest informasjonen fra fagmiljøene til brukerne være en «one-way» flyt, der myndigheter og helsepersonellet kontrollerer flyten.

Trinn 4: Consultation

Å invitere borgere til å høre deres meninger, og å informere dem, kan være et stort steg mot full medvirkning. Men hvis man ikke kombinerer dette med andre verktøy for brukermedvirkning, vil dette fremdeles stå som en usikkerhet for brukerne. På dette nivået sees medvirkning på som brukergrupper og offentlige høringer. På dette nivået blir brukerinvolvering mål i forhold til hvor mange som kom på møtene, tok brosjyrene eller svarte på spørreskjema som ble sendt til dem.

Trinn 5: Placation

På dette nivået begynner man å ha et visst nivå for brukermedvirkning. På dette nivået representeres eksempelvis brukergrupper i kommunale møter. Her blir brukerens stemme hørt, men det er fremdeles maktinnehaverne som tar de endelige avgjørelsene. På dette nivået kan helsemyndighetene velge å bare la visse grupper bli hørt. I det store vil de fleste oppleve at brukermedvirkning ikke er tilstede.

3. Høy eller full grad av borgerinvolvering

Trinn 6: Partnership

På dette nivået er makten distribuert i forhold til en forhandling mellom borgerne og myndighetene. I hovedsak er man enig i å dele planlegging- og myndighetsgjøring og ansvarlighet mellom partene.

Trinn 7: Delegated Power

Delegert makt innebærer forhandlinger mellom myndighetene og borgerne, og kan resultere i at borgerne får en dominerende rolle i forhold til et prosjekt eller program. Ofte har brukerne også dominerende plasser i styrer, noe som gir muligheter for reell involvering.

Trinn 8: Citizen Control

Brukerne på dette nivået vil ha en høy grad av kontroll med de programmene eller prosjektene myndighetene utvikler. Man skal likevel huske at det aldri vil eksistere full kontroll, noe som også på mange måter ikke ville vært hensiktsmessig. Myndighetene sitter på mye kompetanse som også bør spille en rolle innen utviklingen av tjenestene. Det er brukerinvolvering på dette nivået som er på fremmarsj i en rekke vestlige land Arnstein (1969).

2.1 Tritters modell for PPI (Patient and Public involvement)

Tritter (2009) har utarbeidet en modell for patient and «public» involvering (PPI). PPI ønsker å gi et rammeverk for brukermedvirkning til helsetjenestene. Tritter definerer PPI som; «Ways in which patients can draw on their experience and members of the public can apply their priorities to the evaluation, development, organization and delivery of health services» (Tritter, 2009). Denne definisjonen innlemmer 5 typer involvering;

- Individuell brukerinvolvering i forhold til behandling
- Tjenesteutvikling
- Evaluering av tjenestene

- Utdanning og trening av helseprofesjonene
- Involvering innen forskning

Tritter foreslår tre dimensjoner av involvering:

- 1) Direkte eller indirekte
- 2) Individuell eller kollektiv
- 3) Proaktiv eller reaktiv

1) Den vanligste formen for involvering i helsevesenet er indirekte involvering. Typisk innebærer denne type involvering at helsepersonell og ledelse samler inn informasjon fra tjenestebrukere i den hensikt å utvikle tjenestene. Tjenestene kan formes på grunnlag av innspill fra brukerne, men det er helsepersonell og ledelsen som tar de endelige avgjørelsene.

2) Direkte involvering innebærer at pasienten og befolkningen er en reell part i beslutningene. Dette betyr at man involverer brukeren i utformingen av tjenesten og i hvordan ressursene blir brukt.

3) Et siste element i denne modellen er det Tritter kaller for reaktiv og proaktiv involvering. Bli det respondert fra pasienten eller befolkningen på eksempelvis en dårlig fungerende tjeneste, blir det omtalt som reaktivt. Man har en proaktiv involvering når brukeren går inn og hjelper med utvikling og forbedring.

Det skilles også mellom individuell og kollektiv direkte og indirekte involvering (Se figur 2). Et eksempel på direkte individuell involvering kan være at pasienten velger bort en behandling. Kollektiv direkte involvering kan være en pasientgruppe som er med på å utvikle tjenester i en avdeling på et sykehus. Et eksempel på indirekte individuell involvering kan være at pasienten formidler en klage i forhold til en tjeneste som er mottatt, eller formidling av positive erfaringer av en behandling. Kollektiv indirekte involvering kan være en pasientgruppe som uttaler seg i forhold til tjenesteforbedringer.

<i>Individual direct</i>	<i>Individual indirekt</i>
<i>Collective direct</i>	<i>Collective indirekt</i>

Figur 2. Matrise for involvering (Tritter, 2009).

Modellen viser de ulike typer og grader av involvering vi har i forhold til de 5 typer involvering som er nevnt tidligere (Se Figur 3).

	<i>Direct</i>		<i>Indirect</i>	
<i>Individual</i>	<i>Proactive</i>	<i>Reactive</i>	<i>Proactive</i>	Reactive
<i>Collective</i>	<i>Proactive</i>	<i>Reactive</i>	Proactive	Reactive

Figur 3. Modell for involvering (Tritter, 2009)

2.2 Organizing for quality model

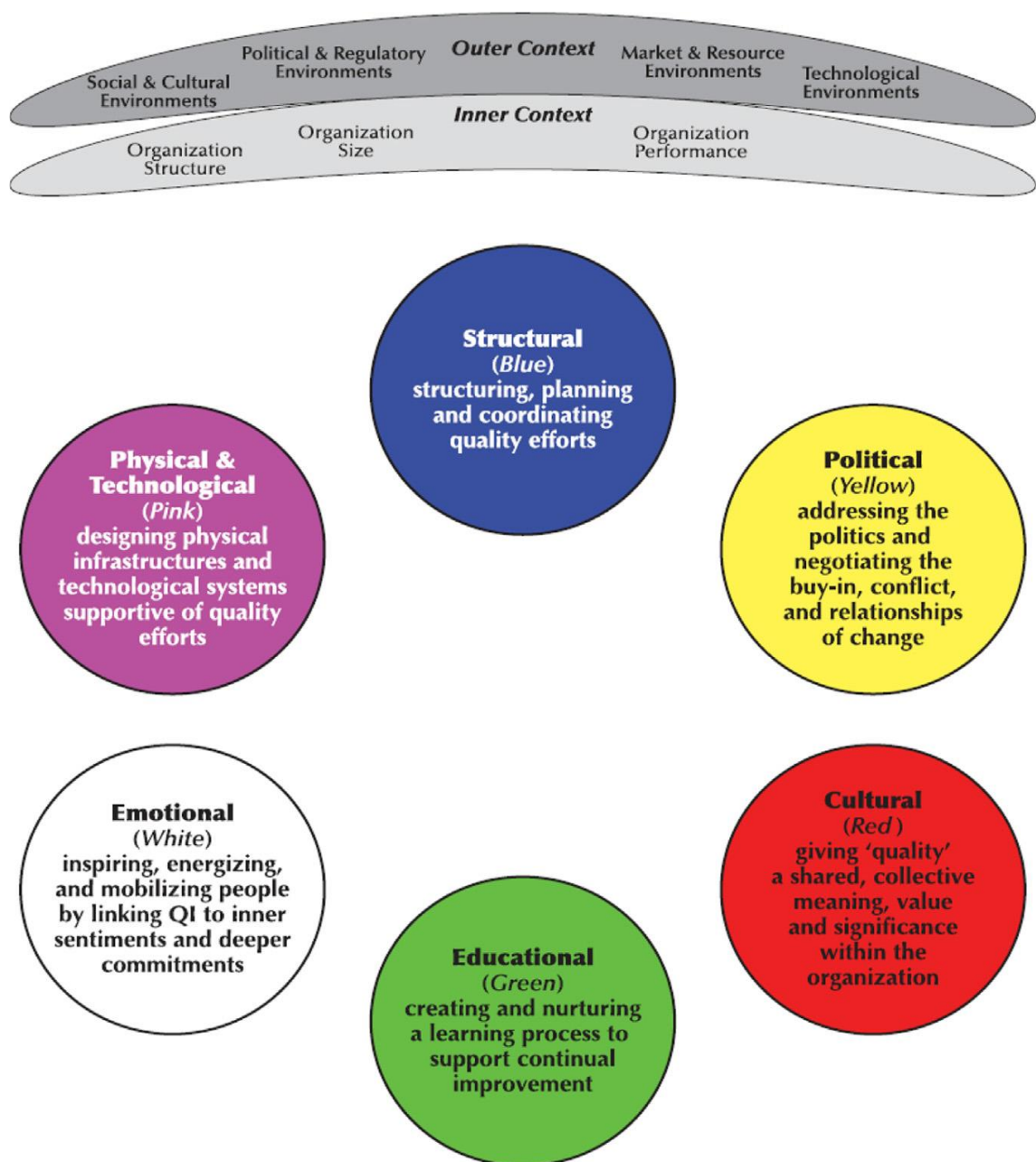
Det kan være mange faktorer som påvirker kvalitet og sikkerhet innen helsetjenester. Bate mfl. (2008) utførte et i dybden studie av 7 sykehus i USA og Europa, hvor de fant seks universelle utfordringer som kunne påvirke kvaliteten og sikkerheten i tjenestene. Disse er:

1. Struktur På hvilken måte kvalitet og sikkerhet blir organisert, planlagt og gjennomført i organisasjonen
2. Politisk På hvilken måte politiske krav blir håndtert i organisasjonen
3. Kultur Gi felles verdier for kvalitet og pasientsikkerhet i organisasjonen
4. Utdanning Å utvikle læringsmiljø som støtter forbedringer
5. Emosjonelt Å engasjere og mobilisere mennesker i organisasjonen til å forplikte seg følelsesmessig i forhold til kvalitetsforbedring.
6. Fysisk og teknologisk På hvilken måte organisasjonenes infrastruktur klarer å møte de fysiske og teknologiske utfordringene i forhold til kvalitet og sikkerhet

Studien sier også noe om at man må se disse utfordringene i lys av den ytre konteksten, som utgjør nasjonale føringer, lover, sosiale og kulturelle faktorer. I tillegg til dette vil

organisasjonsstruktur, organisasjonsstørrelse og organisasjonens evne til å levere kvalitet og det som forventes, også spille en viktig rolle. Dette blir beskrevet som den *indre kontekst*. Ytre og inder kontekst vil ha en gjensidig påvirkning. (Se figur 4)

Det som skiller denne modellen fra andre modeller, er at den ikke bare ser på kvalitet som en metode, teknisk form eller ferdighet, men at kvaliteten påvirkes i samhandlingen mellom mennesker i det daglige arbeidet, som en sosial prosess. Menneskelige faktorer spiller en stor rolle (Bate mfl., 2008).



Figur 4. Modell av de seks utfordringene basert på Bate mfl. (2008) side 194.

3.0 METODE OG ANALYSE

I dette kapitlet vil jeg presentere bakgrunn for valg av metode og forforståelse av temaet som er valgt. Videre presenteres den metodiske utformingen og til slutt etiske betraktninger.

3.1 Forskningsstrategi og design

Denne studien er en del av et større prosjekt som heter SAFE-LEAD (Improving quality and safety in primary care- implementing a leadership intervention in nursing homes and homecare). Dette prosjektet startet i oktober 2016, og avsluttes i september 2020. SHARE- senter for kvalitet og sikkerhet ved UIS har ansvaret for SAFE- LEAD prosjektet.

Basert på studiens problemstilling der jeg fokuserte på hvordan ledere og ansatte i en hjemmetjeneste jobber for å involvere sine brukere, og på hvilken måte dette kunne påvirke kvalitet og sikkerheten, valgte jeg en kvalitativ forskningsmetode. Kvalitative studier egner seg godt til denne studien, fordi jeg ønsker å få frem deltakernes egne erfaringer, og hvilke opplevelser og historier de har om brukerinvolvering, kvalitet og sikkerhet.

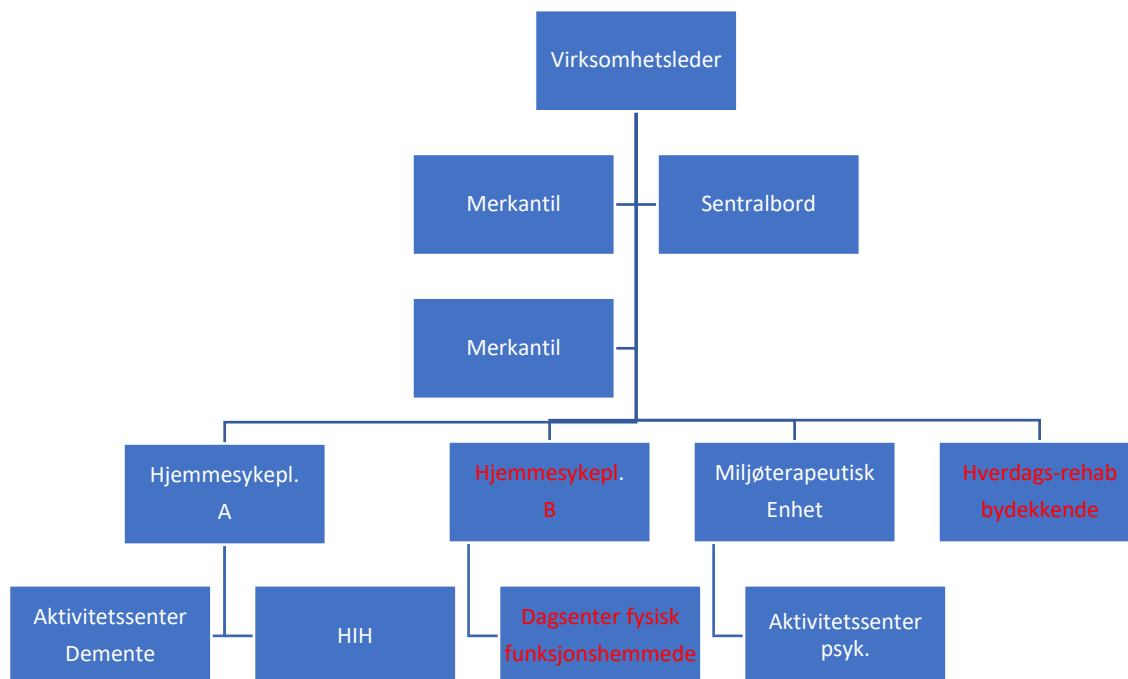
Undersøkelsens design er en case- studie som går i dybden i en norsk hjemmetjeneste. Yin (2014) beskriver case- studie som en *“I dybden”* undersøkelse av et fenomen på bakgrunn av konteksten fenomenet befinner seg i. Den baserer seg på empirisk materiale. Case-studier er spesielt egnet i studier der en ikke kan løsrive seg fra selve konteksten, som i dette tilfellet er hjemmetjenesten, i undersøkelsen av selve fenomenet. Oppgaven har valgt en enkeltcase studie, der informasjon fra flere personer eller grupper innen en organisasjon studeres. Hartley (2004) sier at en case-studie kan være nyttig når en skal studere de sosiale prosessene innad i en organisasjon. En hjemmetjeneste har ulike avdelinger med ulik organisering. Dette kan bety ulike forutsetninger for arbeidet med brukerinvolvering. En case-studie vil dermed være et godt instrument for å studere brukerinvolvering i en naturlig kontekst.

Studien anvendte et eksplorerende design, der en var åpen for at problemstillingen og prosjektet endres underveis. Dette kan være særdeles hensiktsmessig i studier der en har lite kunnskap fra før (Thagaard, 2013).

Denne oppgaven søker en dypere forståelse for å belyse samhandlingen i forhold til hvordan det jobbes med brukerinvolvering i en hjemmetjeneste, i tillegg til å se på hvordan hjemmetjenesten jobber i forhold til kvalitet og sikkerhet.

3.2 Valg av case og kontekst

Case-studien har tatt for seg en hjemmetjeneste i en kommune på Vestlandet i Norge. Den er inndelt i ulike enheter som en kan se på organisasjonskartet (se figur 5). Avdelingene som ble undersøkt var avdeling hverdagsrehabilitering, dagsenter for fysisk funksjonshemmede og hjemmesykepleien. Disse avdelingene har en ulik måte å jobbe på. Hverdagsrehabilitering har målrettet og tidsavgrenset innsats i brukers hjem og nærmiljø for at bruker fremdeles kan bo hjemme, være aktiv og delta i samfunnet (Tuntland & Ness, 2014). Et dagsenter jobber i forhold til å tilrettelegge for aktiviteter, og å skape en aktiv hverdag. Hjemmetjenesten er mer preget av typiske pleie- og omsorgstjenester. Alle disse tre avdelingene i en hjemmetjeneste har viktige bidrag i forståelsen av hvordan en hjemmetjeneste jobber i forhold til brukerinvolvering av deres brukere og pårørende. Undersøkte enheter er merket med rød skrift.



Figur 5. Organisasjonskart hjemmetjenesten

3.3 Utvalg

Utgangspunktet i studien var et ønske om å foreta individuelle intervjuer med tilsammen mellom 13 og 15 ansatte og ledere i den aktuelle hjemmetjenesten. I forkant ble det diskutert med virksomhetsleder i hjemmetjenesten om dette var mulig. Det ble meddelt at de ikke hadde mulighet til å sette av så mye tid som dette ville kreve. Det ble derfor valgt å samle flere deltakere til fokusgruppeintervjuer. Studien har til sammen tre fokusgrupper. En fokusgruppe var med lederne i de ulike avdelingene i hjemmetjenesten. Den andre var med avdeling hverdagsrehabilitering. Til slutt ble det intervjuet deltakere i hjemmesykepleien i en fokusgruppe. Avdeling dagsenter var representert i fokusgruppen for ledere. Ett av kriteriene var at hver av disse gruppeintervjuene måtte ha minst 3 deltakere. Det ble valgt et strategisk utvalg av deltakerne. Et strategisk utvalg er sammensatt slik at materialet kan belyse studiens problemstilling på en best mulig måte (Malterud, 2017). Valg av deltakere ble gjort i samråd med virksomhetsleder og de aktuelle lederne i de to andre enhetene som ble undersøkt. Inklusjonskriteriene for å delta i disse fokusgruppeintervjuene var at ansatte

måtte minst ha en stilling som var 50 prosent eller mer. Ledere måtte ha en 100% stilling.

Utvalget i denne studien består av totalt 11 deltakere, hvorav 7 ansatte og 4 ledere.

Stillingertyper: 5 av deltakerne var sykepleiere, 1 ergoterapeut, 1 fysioterapeut, 1 sosionom, 2 hjelpepleiere og 1 helsefagarbeider

Kjønn: Alle var kvinner

Alders sammensetning:

20-30: 2 deltakere

30-40: 1 deltaker

40-50: 3 deltakere

50-60: 4 deltakere

60 og over: 1

Yrkeserfaring:

1-5 år: 3 deltakere

6-10 år: 2 deltakere

Over 10 år: 6 deltakere

3.4 Datainnsamling

I forkant av prosjektet ble det tatt kontakt med virksomhetsleder i den hjemmetjenesten som studien skulle gjøre undersøkelser i. Hun var med på å rekruttere deltakere fra avdelingene som lå under henne. Jeg valgte å bruke fokusgruppeintervjuer for å samle empiri i denne kvalitative undersøkelsen. Ambisjonene med bruk av fokusgruppeintervjuer var å få til en samhandling mellom deltakerne, noe som kunne være med på å få andre fortellinger enn det en ville fått i individuelle intervjuer. Ved å studere hvordan felles erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler, vil fokusgrupper være en hensiktsmessig forskningsmetode (Malterud, 2012). Datainnsamlingen som ble gjort i caset baserer seg på 2 fokusgrupper av ansatte i tre ulike avdelinger i hjemmetjenesten. Det ble videre gjort ett fokusgruppeintervju av ledere fra 3 av enhetene som denne hjemmetjenesten hadde. Virksomhetsleder, som er ett nivå over de øvrige lederne deltok også i denne

fokusgruppen. I utgangspunktet var det forespeilet at minst 4 ansatte skulle delta på hver av de to fokusgruppene for ansatte, og 5 ledere i den siste fokusgruppen. Realiteten ble noe annerledes. Den første fokusgruppen som var de som jobbet i hverdagsrehabilitering bestod av 3 ansatte, der leder for denne avdelingen også deltok. Det var noe usikkerhet om det ville være lurt å ha med lederen i denne fokusgruppen, fordi det kunne påvirke rollesammensetningen. I tillegg til å ha administrative oppgaver, jobbet denne lederen mye i direkte kontakt med brukerne. På dette grunnlaget ville hun kunne være med å bidra med historier på lik linje som de andre ansatte. Denne lederen deltok ikke på fokusgruppen for lederne. Den andre fokusgruppen med ledere bestod derfor kun av fire personer. Avdeling hjemmesykepleien hadde fire deltakere.

Den kvalitative undersøkelsen benytter seg av en intervjuguide for å finne svar på hvordan ansatte og ledere jobber med brukerinvolvering i forhold til kvalitet og sikkerhet i hjemmetjenesten. Spørsmålene i intervjuguiden hadde en semistrukturert form. For å belyse forskningsspørsmålene ble det eksempelvis spurt om; *hva deltakerne la i begrepet brukerinvolvering på deres arbeidsplass, hva de gjorde for å involvere brukerne og pårørende og hva deltakerne forstod med begrepene kvalitet og sikkerhet.*

3.4.1 Litteratursøk

I første omgang ble det foretatt et overflatisk søk via Google Scholar for å få en viss oversikt over litteratur på området. Etterhvert ble universitetets databaser brukt for å få en mer inngående innsikt i tidligere forskning og oppgavens tema. Uis Brage ble også brukt til å finne tidligere masteroppgaver om temaet. Databasene som ble brukt i systematisk søk var Cinahl og Medline. Medline databasen kunne integreres i søk på Cinahl, og dermed ble Cinahl den som i realiteten ble brukt til å finne litteratur. Søk foregikk på engelsk og søkeordene som ble brukt var; Patient centeredness, quality in healthcare, patient safety, user involvement, patient involvement, person centredness, client centeredness, centredness, centeredness, user experiences, experiences, home care og nursing homes. Disse søkeordene ble kombinert med hverandre under søket i Cinahl, der en rekke kombinasjoner ble foretatt, og gav en god oversikt over forskningen på feltet. Det ble også innlemmet «and» og «or» i søkevinduet for å kombinere de ulike ordene på en mer effektiv måte. Håndsøk i litteraturlister og artikler ble også foretatt. Jeg fikk også en rekke tips fra min veileder om relevant litteratur.

Litteratur om brukerinvolvering i forhold til en hjemmetjeneste ble ikke funnet i databasene som ble brukt. På det grunnlaget måtte inklusjonskriteriene bli utvidet til å gjelde artikler som hadde forsket på brukerinvolvering innen psykiatrien, rusområdet og somatisk sykehus.

3.5 Forforståelse

Forforståelsen er den kunnskapen jeg tar med meg inn i studien. Denne kunnskapen består av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og den teoretiske referanserammen (Malterud, 2017). Studien kan påvirkes av den måten informasjonen samles inn på og i forhold til hvordan jeg tolker informasjonen sett ut ifra mitt ståsted. Hadde en allmennlege gjort samme studie, kunne en eksempelvis sett at han eller hun kunne fokusert på andre områder enn det jeg som vernepleier gjør. Det blir dermed viktig å sette sin forforståelse i parentes i deler av forskningsprosessen, og å være åpen for de uttrykk som kommer fra deltakerne, slik at det er deres stemme som kommer frem (Malterud, 2017).

Etter å ha arbeidet som vernepleier i helsesektoren i over 20 år, har jeg fått med meg mye av utviklingen i forhold til brukerinvolvering og kvalitet og sikkerhet. Fra å nesten være et ikke-eksisterende tema på 80 tallet, til at brukerinvolvering både er implementert i lover og forskrifter, og at en har blitt vesentlig flinkere til å ta det med i tiltaksplaner i arbeidet med brukeren. Helsemyndighetene har også brukerinvolvering høyt på agendaen i form av flere stortingsmeldinger som omhandler temaet. Likevel sitter jeg igjen med en opplevelse av at på tross av mange gode intensjoner og visjoner, så opplever jeg at brukerinvolvering er vanskelig å sette ut i praksis. Mange ansatte i helsevesenet opplever tidspress på sin arbeidsplass. De føler at de ikke har tid til å involvere seg for mye med brukeren. Det kreves ofte mer tid og ressurser når det gjelder å ta hensyn til brukers ønsker og behov. Jeg opplever at ledelsen både i de ulike avdelingene og sentralt ikke har nok kompetanse til å systematisere de krav helsemyndighetene stiller til dem i forhold til brukerinvolvering. Min opplevelse av realiteten er at en utøver brukerinvolvering til en viss grad, men ser at det til syvende og sist vil være helsepersonellet som stiller premissene.

Jeg oppfatter kvalitet og sikkerhet som at tjenestene som gis skal være mest mulig trygge og ha god kvalitet. Mange ting kan påvirke kvalitet og sikkerhet i

primærhelsetjenesten. Det kan nevnes datasystemer som ikke snakker sammen, fastleger som har liten kommunikasjon med andre deler av primærhelsetjenesten, overganger av pasient mellom avdelinger internt og eksternt, mangel på helsepersonell og dårlig kommunikasjon for å nevne noen. Disse tingene kan potensielt gi fatale følger for brukeren som mottar tjenestene.

Til tross for fokus på brukerinvolvering og kvalitetssikring av tjenestene som blir gitt, opplever jeg at det fremdeles er store utfordringer i forhold til dette. Mange brukere opplever at de ikke blir sett og hørt. Avvik i forhold til medisinerer forekommer ofte, ofte udaterte journaler og feil i medisinlister kan nevnes.

Jeg forventer å finne utfordringer knyttet til å anvende brukerinvolvering som en naturlig del av arbeidet, kanskje i enda større grad i en hjemmetjeneste enn i andre tjenester. Dette fordi min oppfatning av hjemmetjenesten er at den i stor grad er styrt av regulering av tiden en er inne hos brukeren. Ofte korte intervaller på 10-15 minutter ved hvert besøk. Dette vil gi begrensede muligheter til å involvere bruker, og muligheten for å sette seg inn i deres behov kan bli redusert på grunn av tidspresset.

3.6 Transkribering

Transkriberingen ble gjort ut ifra lydopptakene. Jeg valgte å gjøre transkriberingen selv, for å sikre at det ikke ble noen misforståelser eller feilregistreringer av data (Malterud, 2017). Non-verbale uttrykk som eksempelvis latter ble også registrert i transkriberingene. Dette kan styrke min oppfatning av det som blir fortalt.

Transkriberingen ble gjort rett etter intervjuene, for å ha informasjonen som ble gitt friskt i minne. Teksten i transkriberingen ble skrevet i bokmålsform. De ulike deltakerne fikk koder, i stedet for navn. Dette for å sikre deres konfidensialitet.

3.7 Systematisk tekstkondensering

I utgangspunktet er denne studien forankret i en fenomenologisk tankegang. Fenomenologi handler om forståelse av menneskers subjektive erfaringer og bevissthet (Malterud, 2017). Systematisk tekstkondensering (STC) som brukes i analysen av data er likevel ikke en fenomenologisk metode, og en trenger derfor ikke filosofisk kompetanse for denne analysemetoden. STC har likheter med Giorgios psykologiske

fenomenologiske analysemetode (Giorgi, 1985), der en har en oppfatning av at subjektive erfaringer fra livsverden er gyldig kunnskap. (Malterud, 2017).

I kvalitativ analyse vil det ikke foreligge noen universelle regler for hvordan en analyse skal gjøres (Polit og Beck, 2012). I mitt prosjekt valgte jeg å bruke Systematisk tekstkondensering som har forkortelsen STC (Malterud, 2012a).

3.7.1 De fire trinnene

1. Å få et helhetsinntrykk:

For å få et helhetsinntrykk, ble det lest gjennom alle rådataer. Jeg forsøkte å legge til side min forforståelse når rådata ble gjennomgått (Malterud, 2017). Jeg oppsummerte mine inntrykk i foreløpige temaer som vekket interesse:

1) Forventningsgap mellom bruker, pårørende og helsepersonell, 2) Mestringsfølelse, 3) Livskvalitet, 4) Medbestemmelse, 5) Brukers ressurser, 6) Meningsfylte aktiviteter og 7) Pasientsikkerhet i overganger mellom ulike helseaktører.

2. Meningsbærende enheter: Fra foreløpige temaer til koder og sortering:

I dette trinnet organiserte jeg materialet mitt som jeg ønsket å se nærmere på, og la resten til side (Malterud, 2017).

Eksempel på; fra tema til koding:

Tema	Kodegruppe
Mestringsfølelse Brukers ressurser Livskvalitet Medbestemmelse	Involvering i meningsfulle aktiviteter og egen mestring gir livskvalitet
Forventningsgap mellom bruker, pårørende og helsepersonell	I Krysspreset i samhandlingen mellom fagpersonell, brukeren og pårørende

3. Kondensering- Fra kode til abstrahert meningsinnhold

I dette trinnet ble koder og de meningsbærende enhetene identifisert og abstrahert (Malterud, 2017). Jeg valgte å fargekode de meningsbærende enhetene i forhold til kodegruppene. Det ble videre laget 2-3 subgrupper for hver av kodegruppene. Dette for å synliggjøre ulike fasetter av innholdet i kodegruppene. Den teksten som jeg ikke hadde laget meningsbærende enheter fra, ble nå lagt til side. Subgruppene dannet grunnlaget for et kondensat som ble laget for hver kodegruppe.

Eksempel:

Kodegrupper	Subgrupper	Utklipp fra kondensat
Involvering i meningsfulle aktiviteter og egen mestring gir livskvalitet	Optimalisering av brukers egne ressurser gir livskvalitet og mestringsfølelse	Mange kan jo føle at vi er late når vi ber dem gjøre ting selv. Vi må forklare hvorfor vi vil at de skal gjøre det selv. Det er viktig for kvaliteten at de skjønner hvorfor vi vil involvere dem. Vi må være flinkere til å sette grenser for hva vi hjelper med, slik at de ikke blir fratatt egen mestring. Vi må være tålmodige. Vi hjelper med det de ikke klarer selv. Det er jo da det blir brukermedvirkning ...

(Malterud, 2017). Dette trinnet opplevde jeg som en krevende prosess. Det ble brukt mye tid på å reflektere frem og tilbake om på hvilken måte jeg best mulig kunne være så lojal som overhodet mulig i forhold til deltakernes stemmer (Malterud, 2017).

Eksempel på sammenfatning til kategorier og underkategorier i studien:

Hovedkategori:

- Involvering av brukerne med fokus på mestring og meningsfulle aktiviteter gir livskvalitet, og fremmer brukerinvolvering.

Underkategorier:

- Optimalisering av brukers egne ressurser øker livskvalitet og mestringsfølelse.
- Meningsfylte aktiviteter skaper engasjement og livskvalitet.

3.8 Forskningsetiske betraktninger

I studier der en bruker informanter for innsamling av data, er personvern en essensiell rettighet. § 1 i Lov om medisinsk og helsefaglig forskning gir en rekke føringer for helsefaglig forskning. Kravet til forsvarlighet, organisering og taushetsplikt er noe som jeg forholdt meg til under hele prosessen.

SAFE-LEAD prosjektet har søkt nødvendige godkjenninger før oppstart i 2016. Forskningsprosjektet følger retningslinjene i Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2013). Det ble først søkt framleggingsvurdering hos Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), som vurderte at prosjektet ikke falt innunder deres mandat. Prosjektet er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD, ID 54855). I forbindelse med denne masteroppgaven ble det sendt endringsmelding til NSD knyttet til den opprinnelige søknaden. NSD konkluderte en med at de godkjenningene som forelå hos SAFE- LEAD prosjektet var tilstrekkelig for å gjennomføre dette prosjektet.

Det ble sendt ut informasjonsskriv til alle deltakerne, med samtykkeskjema som hver enkelt deltaker måtte undertegne i forkant av intervjuet. Det ble brukt lydopptak under intervjuene. Informasjonsskrivet opplyste om at deltakelse i studien var frivillig og at deltakerne når som helst kunne trekke seg fra studien. Materialet ble oppbevart i en

lukket safe. Alle deltakerne ble etter intervjuene anonymisert og fikk koder i stedet for navn, slik at det ikke er mulighet for å kunne knytte personen til spesielle utsagn som blir sagt. Det ble innhentet bakgrunnsinformasjon om alle deltakerne som deltok. All informasjon som kan knyttes til de enkelte deltakerne er fjernet fra de endelige resultatene, og det skal ikke være mulig å gjenkjenne deltakerne i oppgaven.

Lydopptak ble slettet etter endt transkribering.

4.0 RESULTAT

I dette kapitlet blir studiens resultater presentert. Resultatene er inndelt i underkapitler som viser de viktigste funnene.

4.1 Presentasjon av resultater

Involvering av brukerne med fokus på mestring og meningsfulle aktiviteter gir livskvalitet, og fremmer brukerinvolvering.

Deltakerne mente at ved å optimalisere brukerens egne ressurser ville være med på å gi mestringfølelse og livskvalitet. Deltakerne beskriver at noe av det viktigste de gjorde i sitt arbeid, var å fokusere på brukernes egne ressurser, og å tilrettelegge mest mulig for egenmestring i hverdagen. Deltakerne satte grenser for hjelpen, i den hensikt i å optimalisere brukerens egne ressurser. Flere deltakere fortalte også viktigheten av å informere brukeren om hvorfor de ville at han eller hun skulle klare det selv. Dette mente de var viktig for kvaliteten. Personalet påpekte også viktigheten av å legge til rette for at brukeren skulle få mulighet til å gjøre ting selv. Det ble beskrevet i avdeling dagsenter at tjenestene de gav var utelukkende brukerstyrte.

Hverdagsrehabiliteringsavdelingen i hjemmetjenesten som gikk inn og hjalp brukere i opptreningsfasen, fortalte at det ble satt opp mål for de enkelte periodene de var inne. Disse målene ble styrt av brukeren i forhold til hva som opplevdes som viktig.

Deltakerne beskrev at det i mange tilfeller kanskje kunne oppleves at de var late når de ba brukerne gjøre ting selv. Dette kunne de forstå. Men ut ifra deres faglige vurderinger var nettopp det å ikke gå inn og frata brukeren egenmestring, en viktig del i forhold til brukerinvolvering. Deltakerne opplevde at livskvaliteten til brukerne økte når de ble utfordret i å klare ting selv, i stedet for at personalet gjorde det. Personalet så også at brukeren opplevde en større tilfredshet når en gjorde tingene uten hjelp enn når en mottok hjelp fra personalet. En deltaker sa at brukeren oftest visste best selv om hvordan han eller hun ville ha det. Noen av brukerne sa at det gikk på verdighet i det å kunne klare seg selv.

Deltakerne beskrev at det å få brukeren til å klare seg selv, hadde positiv effekt. Dette åpnet for å kunne frigi tid til å gjøre noe kjekt med bruker eller gi bedre tid til en god

samtale. I tilfeller der personalet så at brukeren klarte seg helt selv, ble tjenesten avsluttet. Det ble poengtert at mange ganger, selv om de klarte seg selv, hadde brukeren ofte behov for trygging. Det innebar at en kom innom for å se hvordan han eller hun hadde det, uten å gi konkret hjelp. Det ble fortløpende vurdert ut ifra brukers livssituasjon og behov for når en avsluttet tjenesten helt.

«Vi står ikke med hendene på ryggen fordi vi er late, men fordi vi ønsker at brukeren skal bli bedre i stand til å mestre sin hverdag. NN»

Deltakerne mente at å engasjere brukerne i meningsfulle aktiviteter var viktig, og gav livskvalitet for brukeren. Flere av deltakerne på dagsenteret beskrev at det å fylle hverdagen med meningsfulle aktiviteter var viktig i forhold til livskvaliteten for brukeren. En av deltakerne på dagsenteret, fortalte at en populær aktivitet var strikking. Tidligere hadde en bruker foreslått at de burde strikke noe fornuftig. Resultatet ble at de leverte sekkevis med sokker, skjerf og luer til personer som solgte gatemagasiner i mange år. Nå har de utvidet til å strikke for nyfødt avdelingen på sykehuset. Eksempelvis ble det også nevnt at de på dagsenteret hadde opprettet et fluebindingskurs, som egentlig ble organisert av en person med brukererfaring. Deltakerne sa at dette ble en kjempestor suksess. Målet var å bruke fluene til å fiske etterhvert. Mange deltakere mente at dette økte brukernes livskvalitet. Et annet eksempel på meningsfulle aktiviteter på dagsenteret, var en bruker som fikk jobb som rengjøringsassistent.

Flere av deltakerne beskrev at tjenesten de gav var i stor grad påvirket av brukernes ønsker og mål. Det å ha mål sammen med bruker ble sett på som en viktig del i forhold til kvalitet og brukerinvolvering i arbeidet. En deltaker sa eksempelvis at de hadde engasjert en spansk lærer som skulle lære brukerne spansk. For mange av brukerne var dette viktig, fordi de da kunne bruke spansk når de var på behandlingsopphold i Spania. En deltaker sa at mange brukere hadde spørsmål om deres rettigheter. Eksempelvis kunne dette være økonomiske rettigheter i forhold til trygd. De hadde i da engasjert en sosionom til å informere dem om dette. Det var bred enighet fra deltakerne om at interesser skapte engasjement, som igjen kunne øke livskvaliteten for brukeren.

«Det å bare kunne fortelle at hun jobbet i kommunen, det var jo en sånn livskvalitet. NN»

I Krysspresset i samhandlingen mellom fagpersonell, brukeren og pårørende

Deltakerne opplevde det som utfordrende å kunne dekke de behov og ønsker som både brukeren og de pårørende hadde. Deltakerne fortalte at de ofte opplevde et krysspresse mellom det brukerne ønsket og det personalet kunne tilby. En deltaker fortalte eksempelvis at det opplevdes som problematisk når brukeren ønsket å bli stelt i vanlig seng, og ikke i ei seng som kunne reguleres i høyden. Deltakeren sa at de ikke kunne stille folk som ikke hadde en høy seng bare fordi det ikke var fint med ei sykehusseng i stua. En kunne jo ikke kripe på en futoll (lav seng) som nesten var nede på gulvet. Deltakerne uttrykte også at det opplevdes som svært utfordrende i forhold til tidene brukerne ønsket å få hjelp. Eksempelvis ble det sagt at de fleste ønsket hjelp tidlig om morgenen og ofte samtidig som andre brukere. En fikk dermed en opphoping av behov for tjenester som skulle utføres i løpet av de 2-3 første timene personalet var på jobb. Det opplevdes som vanskelig å organisere dette, da en ikke fikk tak i personal som bare ville jobbe noen timer av gangen. De ville jobbe hele dager. Noen deltakere mente også at mange brukere som ønsket hjelp tidlig om morgenen, i mange tilfeller kunne hatt ventet på hjelpen. En så eksempelvis at noen kanskje ønsket hjelp tidlig fordi de skulle til frisøren, men at timen kanskje ikke var før halv ett. Dette var en gjentakende problemstilling. Dette opplevdes fra personalet som problematisk, da en i disse tilfellene måtte informere bruker om at de mente at det ikke var behov for hjelp på dette tidspunkt, til tross for brukerens ønsker. En av deltakerne sa at de ikke hadde anledning til å ha 10 personal på jobb i akkurat 3 timer, og ellers ikke. Deltakerne sa at de i perioder også hadde problemer med å ha nok helsepersonell i daglig drift, på grunn av sykdom. Det kunne også være vanskelig å få tak i nok vikarer. Dette gjorde det enda mer utfordrende i forhold til å imøtegå brukernes ønsker og behov.

Noen deltakere mente at en del brukere hadde stort potensiale til å trene på å kunne klare seg selv. I noen tilfeller var ikke bruker motivert eller orket ikke å samarbeide med hjemmetjenesten. Dette betydde at helsepersonellet måtte gå inn med hjelp som brukeren i utgangspunktet kunne klare selv. Dette mente deltakerne gjorde brukeren mer hjelpeavhengig, samtidig som det stjal ressurser som kunne brukes til andre brukere som var motivert og ønsket hjelp. Deltakerne opplevde at dette kunne være utfordrende. Det var i slike tilfeller vanskelig å få til brukerinvolvering og hva helsepersonell mener er bra for brukeren ut ifra et helsefaglig perspektiv.

Deltakerne beskrev at mange brukere som ikke hadde behov for hjelp, ønsket at hjemmetjenesten kom innom. Denne tjenesten kaltes for trygging. En gikk da inn til dem i en periode, slik at brukeren ble trygg på å gjøre de tingene han eller hun nå kunne gjøre selv. En deltaker sa at mange brukere som mottok hjemmetjeneste, egentlig syntes det var en belastning at de kom til dem. Ofte opplevde brukeren å måtte vente og vente på hjelpen, og det opplevdes ofte en usikkerhet om når hjemmetjenesten kom, til tross for forhåndsavtalte tider. Likevel opplevde deltakerne at mange også satt pris på når de kom.

«Brukervedvirkning er greit der det er sammenfallende det brukerne ønsker og det som vi er enig i, men det blir vanskelig der det ikke sammenfaller. NN»

Flere av deltakerne opplevde et krysspress mellom brukernes behov, pårørendes meninger og helsepersonellens faglige vurderinger. Til tross for at deltakerne mente de jobbet aktivt for å involvere både brukere og pårørende, opplevdes det til tider som problematisk. Eksempelvis så deltakerne at pårørende i en del tilfeller overstyrte brukeren i forhold til behov og mål, og at det i mange tilfeller var pårørende som trengte hjelpen, og ikke brukeren. I et annet eksempel sa en av deltakerne at pårørende gav instruksjoner til hjemmetjenesten om at bruker trengte å vaske seg, men at brukeren selv ikke mente det var behov. Mange deltakere følte at det ofte var de pårørende som satte premisser for omfanget av hjelpen, og at brukeren ikke ble hørt. Deltakerne fortalte at de hadde diskusjoner internt om hvordan de best kunne involvere pårørende i tjenestene som ble gitt. Diskusjonene gikk ut på om de skulle være med på oppstart- og eller avslutningsmøter. De mente at det kunne være ulikt fra bruker til bruker om hva som var hensiktsmessig. Deltakerne fortalte også at det forekom tilfeller der brukeren ikke ønsket at deres pårørende skulle ha kontakt med hjemmetjenesten i forhold til deres tjenesteforløp. Eksempelvis var det en bruker som hadde spurt hvorfor en skulle snakke om dem bak deres rygg. Noen av deltakerne mente dette kunne ha sin årsak i at de kanskje var i en fase der en begynte å glemme ting, og at brukeren derfor ble mer mistenksom. Noen av de intervjuede opplevde også at de pårørende ikke hadde forståelse for måten helsepersonell jobbet på, ideen om at det beste for dem er at brukeren gjør mest mulig selv.

«Mange ganger har ikke pårørende forståelse for måten vi jobber på. Mange ganger ønsker brukeren noe annet enn pårørende vil. Det er ikke lett. NN»

Mange deltakere uttrykte at det kunne være vanskelig å organisere en brukers hverdag uten at det kom i skvis med den daglige organiserte driften. Mange ganger kunne en også komme i konflikt med pårørendes ønsker. En deltaker gav et eksempel der taxihenting til og fra dagsenteret kunne være utfordrende både for bruker og personal. En deltaker uttalte at taxien ofte kom tidligere enn de hadde avtalt. Mange opplevde det som stressende for både brukeren og personalet. Mange ønsket å bli hentet senere. Eksempelvis opplevde deltakerne at det å få til å organisere tjenestene, slik at de fikk alle av gårde til dagsenter eller andre aktiviteter i rett tid var til tider svært utfordrende. Det var liten mulighet å endre på hentetidene, da dette var en avtale som var forhandlet frem mellom kommunen og taxisentralen, og det var liten fleksibilitet i denne avtalen.

Deltakerne sa at pårørende ofte tok direkte kontakt med hjemmetjenesten i de tilfellene de ønsker å få endring i tjenestene. En deltaker sa at det ikke var sånt det fungerte. De måtte i slike tilfeller ta kontakt med sitt bestillerkontor ved forespørsel om endringer. Det er de som er oppdragsgiver i forhold til hjemmetjenesten. Eksempelvis ble det beskrevet at hjemmetjenestens inntekter hang sammen med de vedtak som bestillerkontoret gjorde overfor den enkelte bruker. Fikk de vedtak på økt hjelp, medførte dette at det ble overført mer midler til hjemmetjenesten. Det var med andre ord bestillerkontoret som hadde det avgjørende ordet i hjemmetjenesten. En av deltakerne sa at de i en del tilfeller kunne endre litt på tjenesten selv, men ikke i de tilfellene der tjenesten medførte ekstrakostnader.

Deltakerne sa at det som oftest var bestillerkontoret personalet hadde kontakt med når det var noen endringer i brukers behov. Lederne i hjemmetjenesten tok liten del i dette. Noen ganger så personalet at en bruker var såpass i stand til å klare seg selv, at de avsluttet tjenesten. En deltaker sa at før de avsluttet tjenesten, fikk bruker lov til å uttale seg. Det ble også sagt at det var bestillerkontoret som tok den endelige beslutningen om tjenesten skulle avsluttes. Eksempelvis ble det beskrevet at de hadde møter i slike tilfeller, der en i noen tilfeller inviterte både bruker og pårørende til møter som omhandlet endringer eller avslutning av en tjeneste. Det ble gjort en faglig vurdering av de ansatte om det var behov for at bruker og eventuelt pårørende ble innkalt på disse møtene. Deltakerne fortalte at de ikke hadde noen systematisk innhenting av brukererfaringer i forhold til tjenestene som ble gitt. Det var heller ingen brukergrupper som var tilknyttet hjemmetjenesten.

«Det er mange pårørende som ringer og tenker at de bare kan ringe her og få økt hjelp og andre ting, men det fungerer ikke slik. Vi får den bestillingen fra bestiller kontoret, eller hjelpen økes gjennom dem. Så får vi mer timer, og økt betaling. NN»

Kvalitet og sikkerhet i overganger mellom hjem, sykehjem, fastlege og spesialisthelsetjenesten.

Samarbeid med fastlegen av flere deltakere oppfattet som utfordrende, og kunne påvirke kvaliteten og sikkerheten i hjemmetjenestene. En deltaker sa at fastlegen på mange måter skal være bindeleddet mellom spesialisthelsetjenesten og hjemmet til bruker i forhold til det medisinske. Hjemmetjenesten har ofte en korrespondanse med fastlegen i forhold til brukerens medisiner, sårbehandling og lignende. Flere deltakere uttrykte at det i noen tilfeller kunne være vanskelig å få den informasjonen de trengte, og i andre tilfeller var den informasjonen de fikk ufullstendig. E- meldingssystemet fungerte også i varierende grad mellom dem og fastlegen. Dette kan påvirke kvaliteten og sikkerheten for brukeren. Det ble eksempelvis sagt av en deltaker at når hun skulle få endringer i medisinene til en bruker, fikk hun en Post-it lapp med informasjon om legemidlene. Noen ganger stod det ikke engang navn på brukeren. Alle endringer som blir gjort overfor en bruker skal skriftlig dokumenteres. I dette tilfellet måtte hun scanne inn Post-it lappen i brukerens journal. Det opplevdes fra flere av deltakerne at noen leger syntes at de maste når de tok kontakt med dem. De trenger skriftlig dokumentasjon på alt som legene endrer på. Mange leger ønsker helst å gi muntlige beskjeder. Deltakerne sa at det likevel var en del leger som syntes det var veldig okay at de ble kontaktet. Flere deltakere mente en av årsakene til at det var dårlig kommunikasjon mellom fastlegene, var at mange av dem hadde det for travelt.

«Det er noen som ikke helt forstår viktigheten av å sikre informasjonen som blir gitt til hjemmetjenesten. NN»

I overganger mellom hjem og spesialisthelsetjenesten opplevde flere av deltakerne store utfordringer. Eksempelvis kom det frem at det i forhold til endringer i medisiner etter opphold på sykehus, opplevde hjemmetjenesten at sykehuset er trege med å gi tilbakemelding til fastlegen og dem. Ofte var det feil i medisinlistene. En av deltakerne sa at sykehuset noen ganger sendte gamle kjernejournaler og gamle medisinlister fra mange år tilbake. Eksempelvis kunne det stå i journalen at det ikke var endringer i

medisiner, noe som det kom frem i ettertid at det var. Dette opplevdes av deltakerne som en utfordring i forhold til kvalitet og sikkerhet som. Mange deltakere mente at disse avvikene kunne henge sammen med det tidspresset som var på sykehusene, og at sykehusene ofte var underbemannet. Allikevel mente deltakerne at i likhet med hjemmetjenesten, så burde det være rutiner som hindret disse avvikene, og da spesielt i forhold til medisiner. Deltakerne sa at de i liten grad involverte brukerne når avvik i tjenestene oppstod. Deltakerne mente det i mange tilfeller kunne gjøre brukeren enda mer utrygg. Ved alvorlige avvik ble imidlertid brukeren kontaktet.

Sykehuset i den aktuelle kommunen bruker et fagsystem som heter DIPS, mens hjemmetjenesten bruker et system som heter CosDoc. Disse systemene kommuniserer ikke med hverandre. Hjemmetjenesten får hovedsakelig innleggs- og utskrivningsrapporter fra sykehuset.

På veksel mellom sykehjem og hjem kunne deltakerne beskrive hendelser der brukeren, som tidligere klarte seg godt selv, var sengeliggende etter endt opphold på sykehjemmet. Dette mente deltakerne kunne være fordi en på sykehjemmet ikke hadde det samme fokus på brukerens egen mestring.. En av deltakerne sa at sykehjemmet hjalp henne sikkert mye mer enn de gjorde, for de stod mer med hendene på ryggen.

«Vi kommuniserer ikke med sykehusets fagsystemer. De er utrolig sene å gi tilbakemelding til oss og fastlegen. Dette kan få store konsekvenser for kvalitet og pasientsikkerheten. NN»

5.0 DISKUSJON

I dette kapitlet blir de metodologiske betraktningene diskutert. Til slutt diskuteres studiens hovedfunn.

5.1 Metodologiske betraktninger

«Vitenskapelig kunnskap skal være et resultat av systematisk, kritisk refleksjon, til forskjell fra tilfeldige inntrykk eller selvbekreftende påstander» (Malterud 2017: 17). I denne studien vil jeg bruke begrepene refleksivitet, intern og ekstern validitet for kritisk å vurdere de feller jeg som forsker kan gå i, om denne studien kan gi ny kunnskap og om den er overførbar.

5.1.1 Refleksivitet

Malterud (2017) sier at hvis forskningsprosessen skal bringe frem til noe, er det nødvendig med et åpent sinn der en ikke konkluderer med ting på forhånd. Refleksivitet innebærer at forskeren anerkjenner og betrakter betydningen av deres egne perspektiver og posisjoner i forskningsprosessen (Malterud, 2017).

Ifølge Malterud (2017) må en forsker være innstilt på muligheten for at en må forkaste resultater og konklusjoner som en i utgangspunktet trodde. Arbeidet med denne studien har gitt meg mange aha opplevelser. Problemstilling som flere ganger måtte justeres i forhold til empiri jeg fikk inn. Temaene som oppstod etter analysen gav et annet resultat enn jeg hadde forventet. Eksempelvis var det overraskende at mestring og meningsfylte aktiviteter ble så sentrale tema. Noen av spørsmålene som jeg hadde under intervjuene var relativt ukjent for deltakerne. Eksempler på dette var pasientsikkerhet og hvordan hjemmetjenesten fikk inn og anvendte bruker og pårøndererfaringer. I etterpåkløskap kunne flere av spørsmålene vært mer forenklet og åpnere. Ved og hatt færre spørsmål kunne det gitt mulighet for at deltakerne i større grad kunne improvisert i samhandlingen under intervjuene. Dette kunne styrket oppgaven. På den annen side viser denne studien styrke ve at den er lojal ovenfor deltakernes historier om det som var viktig for dem å formidle.

Min forforståelse og posisjon kan påvirke prosessene i resultatene. Min bakgrunn som helsearbeider kan også påvirke samhandlingen i gruppene som ble intervjuet. Jeg forsøkte bevisst å legge min forforståelse i parentes under intervjuene. Målet mitt var ikke å få kunnskap om hvor gode deltakerne er på brukermedvirkning, men hvordan de arbeidet med involvering av brukeren på deres arbeidsplass. Alle erfaringene i disse fokusgruppene er like viktige. I forkant av studien skrev jeg en selvangivelse som fortalte noe av det jeg forventet å finne i denne studien. Dette mener jeg gjorde meg mer bevisst på hvilke oppfatninger jeg hadde, og at det lettere kunne bli tatt grep for å unngå å påvirke resultatene i studien.

5.1.2 Validitet

Å validere er å stille aktive spørsmål om kunnskapens gyldighet- hva dette er gyldig om og under hvilke betingelser (Malterud, 2017). Samtidig sies det at ingen kunnskap kan oppfattes som allmenngyldig i alle forhold til de gjeldende omstendigheter for ethvert formål. Som forsker kan en sjelden si om noe er sant eller ikke, men en kan si noe om hva det er sant om (intern validitet), og til hvilke sammenhenger våre funn kan gjøres gjeldende ut over den konteksten der studien er gjort (ekstern validitet) (Malterud, 2017).

5.1.3 Intern validitet- spørsmålet om relevans

Fokusgruppeintervjuer ble valgt fordi jeg var interessert å få inn konkrete historier og erfaringer i forhold til hvordan deltakerne jobbet med brukerinvolvering, og hvordan dette kan påvirke kvaliteten og sikkerheten på tjenestene. Ved bruk av fokusgruppeintervjuer utnytter en samhandlingen mellom deltakerne som deler historiene, ved å få til en fleksibel diskusjon (Malterud, 2012; Morgan mfl., 1998). Det ble gjort tre fokusgruppeintervjuer med til sammen 11 deltakere. En anbefaling av størrelsen på fokusgruppetudier er at det bør være mellom fem og åtte i hver av dem (Kruger mfl., 2009; Malterud, 2012). Malterud mfl. (2016) foreslår i sin artikkel «*information power*», som et alternativ til gjeldende anbefalinger om størrelsen på utvalg i kvalitative studier. Styrken på informasjonen en får inn i en studie avhenger ifølge Malterud (2016) av; 1) *forskningsspørsmålene* (Spesifikke eller generelle?), 2) *hvor spesifikt utvalget er* (tett eller sparsomt?), 3) *teoretisk rammeverk* (anvendt eller ikke?), 4) *Kvaliteten på dataene* (sterk eller svak?), 5) *analysen* (case eller tverrgående

case?). Denne studien hadde spesifikke forskningsspørsmål som stilte spørsmål om hvordan det jobbes med brukerinvolvering på deltakernes arbeidsplass, og hvordan dette kunne påvirke kvaliteten og sikkerhet i tjenestene. Forskningsspørsmålet om hva som hemmer og fremmer brukerinvolvering er noe mer generelt. Informasjonen som ble innhentet gjennom intervjuene kunne likevel si noe om dette. Størrelsen på utvalget i denne studien er i forhold til gjeldende anbefalinger lite. Utvalget bestod av deltakere som samhandlet tett i deres arbeid, og en fikk en god diskusjon mellom dem. Teoretisk rammeverk ble brukt i studien som et bakteppe for å være med å belyse de funnene som ble gjort. Teorien kan brukes til å forklare relasjoner i ulike aspekter av dataene på en sammenhengende måte (Malterud, 2016). Et flertall av deltakerne hadde 10 år eller mer arbeidserfaring. Dette kan være med på å styrke kvaliteten på dataene. Studien er en case studie med en tematisk tverrgående analyse STC (Malterud, 2017). Denne studien har undersøkt en hjemmetjeneste der kvaliteten på dialogen mellom deltakerne har vært god fordi deltakerne hadde godt kjennskap til hverandre, og turde å komme frem med sine historier. Dette har vært med på å gi god informasjonsstyrke og relevant informasjon til denne studien.

Tre ulike avdelinger i hjemmetjenesten deltok i fokusgruppeintervjuene i. Dette var avdeling for hverdagsrehabilitering, dagsenter og hjemmesykepleien. I fokusgruppeintervjuet der lederne var representert, var en av dem virksomhetsleder. Det kan tenkes at en virksomhetsleder kan påvirke svarene som blir gitt av de andre lederne, i lojalitet ovenfor virksomheten. Dette kan påvirke resultatene i studien. Informasjon fra eksempelvis avdeling hverdagsrehabilitering og hjemmesykepleie, kan gi skjevhet i hvor tyngden av empirien kommer fra. Slike ting kan påvirke resultatene og gi et skjevt bilde av hvordan hjemmetjenesten i virkeligheten jobber i forhold til brukerinvolvering, kvalitet og sikkerhet. På den annen side søker jo nettopp en case-studie variasjoner i informasjon fra flere individer eller grupper innen en organisasjon. Denne studien søker ny kunnskap på tvers av disse tre avdelingene, som på best måte kan belyse problemstillingen.

Brukerinvolvering er et tema som det er forsket på innen mange ulike felt. Resultatene i mine søk på tidligere forskning i forhold til brukermedvirkning, kvalitet og sikkerhetsarbeid, var at det finnes få studier på dette området i en hjemmetjeneste. Dette gjør denne studien aktuell og relevant. Studien kan bringe ny kunnskap om hvordan en

jobber med brukerinvolvering, kvalitet og sikkerhet i en hjemmetjeneste. Et eksempel på ny kunnskap i denne studien er at helsepersonellet i denne hjemmetjenesten står med hendene på ryggen, fordi de ønsker at brukeren skal mest mulig klare seg selv. Mange kan oppleve at ved å stå med hendene på ryggen er et negativt ladet begrep. Her gir en altså minst mulig hjelp, for å gi mest mulig mestringsopplevelse hos brukerne.

Det er sjelden medisinsk og helsefaglig forskning er virkelig original, i forhold til at funn aldri har vært satt på dagsordenen før. Banebrytende forskning forekommer med sjeldne mellomrom. Likevel kreves det at det i enhver forskning føres noe nytt i forhold til det vi vet fra før (Malterud, 2017).

5.1.4 Ekstern validitet- spørsmålet om kontekst

Resultatene fra denne studien kommer fra 11 deltakere. En kan derfor ikke si at disse funnene er allmenngyldige. På den annen side kan studien peke på funn som kan gjelde utover den hjemmetjenesten som ble undersøkt. Brukerinvolvering, kvalitet og sikkerhet er temaer som de fleste som arbeider innen helse- og omsorg har et forhold til. Studien kan derfor gi ulike vinklinger for temaet enn det andre studier har presentert tidligere (Malterud, 2017). Deltakerne strekker seg i en alder fra 20 til over 60 år og med variasjon i utdanning. En får da empiri fra en variert gruppe med ulik erfaring og kunnskap på området. Dette kan være med på å gi nyanser i historiene som blir fortalt, og kan dermed være med på å styrke den eksterne validiteten i studien.

Alle deltakerne som var med på fokusgruppeintervjuene var kvinner. Dette kan påvirke resultatet. En vet at det er et overveiende flertall av kvinner som arbeider i hjemmetjenesten, samtidig som en vet at det også er menn som jobber der. Dette kan gi en viss skjevhet i forhold til resultatene. En kunne fått andre svar dersom menn var inkludert (Malterud, 2017).

5.2 Diskusjon av hovedfunn

I dette kapitlet diskuteres studiens resultater. Resultatene blir drøftet i lys av teori, forskning og sentrale føringer. Diskusjonen forsøker å belyse forskningsspørsmålene:

- På hvilken måte blir brukere og pårørende i en hjemmetjeneste involvert?

- Hvordan kan samarbeidet mellom hjemmetjenesten og andre tjenesteytere påvirke bruker- og pårørendeinvolvering i forhold til kvalitets- og sikkerhetsarbeidet?
- Hva kan hemme og hva kan fremme bruker- og pårørendeinvolvering i en hjemmetjeneste?

Kort oppsummering av de viktigste resultatene:

- Optimalisering av brukers egne ressurser gir livskvalitet og mestringsfølelse, og fremmer brukerinvolvering.
- Involvering i meningsfulle aktiviteter skaper engasjement og livskvalitet.
- Det opplevdes et krysspenn mellom brukers og pårørendes ønsker/behov og helsepersonellens agenda.
- Helsepersonellet «på gulvet» står i skvis mellom bruker og pårørendes ønsker/behov og vedtatte retningslinjer for daglig drift.
- Overganger mellom spesialisthelsetjenesten, sykehjem og hjem kan utfordre kvaliteten og sikkerheten i en hjemmetjeneste.

5.1.1 Involvering av brukerne med fokus på mestring og meningsfulle aktiviteter gir livskvalitet, og fremmer brukerinvolvering.

Et av funnene i denne studien var at deltakerne så på brukerens evne til å mestre egen hverdag som viktig. Det har lenge vært en antakelse i helsetjenesten at pasienter som tar initiativ til å være aktive i sin behandlingsprosess og samtidig lærer hvordan en kan mestre sin egen livssituasjon, blir mindre avhengig av helsetjenesten (Storm, 2009). Det å fokusere på brukerens ressurser, slik at de opplever mestring er også et sentralt emne i Stortingsmelding 26 (2014-2015). Denne sier at tjenestene skal skapes sammen med bruker, og at en tar i bruk deres ressurser slik at de opplever mestring. Deltakerne beskrev at det var viktig å sette grenser for hjelpen for på den måten å optimalisere brukernes ressurser. Funnet i denne studien peker på at helsepersonellet innehar et faglig brukerperspektiv, der en forsvarer å sette grense for hjelp i den hensikt å oppnå økt mestring (Hanssen mfl., 2015). Den andre dimensjonen i brukerperspektivet er det Hanssen mfl. (2015) kaller brukerens perspektiv. Et eksempel på brukerens perspektiv i

funn i denne studien kan være når brukerne på dagsenteret får mulighet til å komme med egne ønsker i forhold til aktiviteter. Helsepersonellet er lydhør for de valg brukerne tar. Brukerens perspektiv kan sees på som en nedenfra og opp synsvinkel, der brukeren gis mulighet for å medvirke samt å bli hørt (Seim og Slettebø, 2007). Brukerinvolvering bør inneha begge disse dimensjonene, der helsepersonellens kunnskap kan skape trygghet i relasjonen, samtidig som en har evne til å la brukeren bli satt i fokus. Sett i lys av disse to dimensjonene i brukerperspektivet, inkluderer helsepersonellet i avdeling hjemmesykepleie ikke brukeren perspektiv. Dette kan sees i lys av Tritter (2009) sitt rammeverk der en kan se en form for individuell indirekte involvering, der helsepersonellet selv går inn og setter grenser, og hvor brukeren i liten grad er aktivt med i avgjørelsene som blir tatt. Helsepersonellet fokuserer på at brukeren skal mestre tingene selv, og at det er det som brukeren selv er opptatt av som en har fokuset på. Dette kan antyde en tendens til en proaktiv holdning. Likevel vil studiens funn i forhold til det at personalet setter grenser for hjelpen, stille spørsmålet om disse grensene blir tatt opp sammen med brukeren. Funntyder på at dette blir gjort i liten grad. Om en tar brukeren med på råd, men at helsepersonellet selv tar den endelige avgjørelsen, vil en likevel ha en indirekte involvering. Dette betyr at brukeren vil ha liten innflytelse på hva som blir bestemt i hjemmetjenesten (Tritter, 2009).

Funnt i studien tyder på at det er en kulturforskjell mellom de ulike undersøkte avdelingene i hjemmetjenesten. Noen deltakere beskriver avdeling hverdagsrehabilitering som utelukkende brukerstyrt. De setter fokus på brukeren behov og ønsker i forhold til mestring, De mente dette var viktig for kvaliteten. Funntet samstemmer med en studie gjort av Kjellberg mfl. (2012), der det kom frem at hverdagsrehabilitering bidrar til kvalitetsøkning og bidrar til at brukere får økt livskvalitet gjennom økt mestringsevne og funksjonsnivå. Funnt i studien beskriver en kultur der helsepersonellet ved dagsenteret fokuserer på meningsfulle aktiviteter, og der brukeren opplever økt livskvalitet. Funnt i studien tydet også på at dagsenteret hadde en kultur der en gav et fritt spillerom for brukerne om å komme med ønsker om aktiviteter, i tillegg til å få disse aktivitetene gjennomført. Dette kan også sees på som en proaktiv holdning til involvering av brukerne. De kan også tyde på en direkte involvering, der brukeren tar stor del i organisering av aktivitetene. Funntene i studien i forhold til hjemmesykepleien, beskriver en kultur som var mer preget av at en utførte standardiserte tjenester som på forhånd var vedtatt av bestillerkontoret. Disse tjenestene

bestod i stor grad av typiske pleie og omsorgsoppgaver. Funn i studien viser også at det var en økende grad av begrensninger i forhold til å ta hensyn til brukerens behov og ønsker. Funn viser også en økende grad av tidspress i denne avdelingen, ved at en om morgenen skulle få mange brukere av sted til ulike aktiviteter, og som skapte et tidspress både for brukeren og personalet. Denne kulturen kan sees i lys av Orvik (2005) sin studie, der den sier at den bedriftsøkonomiske standardiseringen av tjenestene legger press i retning minimalisering av tidsbruk. Begrensninger i forhold til å ta hensyn til brukerens behov og ønsker kan sees i lys av tidspress og standardiseringen av tjenestene. Ifølge Bate mfl. (2008) kan kulturen spille en viktig rolle i forhold til kvalitet og sikkerhet. Det er mye som tyder på at det er kulturforskjeller mellom disse tre avdelingene.

Deltakerne beskrev at brukerens livskvalitet økte når de opplevde mestring. Deltakerne så at det gav økt tilfredshet. Mange poengterte også at det ofte var brukeren selv som visste best hvordan han eller hun ville ha det. Det dreide seg om verdighet for brukeren, det å kunne klare seg selv. En studie viser at personer som mottar helsehjelp i hjemmet opplever en betydelig lavere livskvalitet enn de som ikke mottar en slik hjelp (Hellstrøm mfl., 2004). Mange som mottar hjelp fra helsevesen kan i mange tilfeller føle at de er i et slags avhengighetsforhold, der de ikke selv klarer å styre sitt eget liv. Dette kan også innebære at en opplever å få redusert sin integritet og selvrespekt. Hjemmetjenestens kanskje største oppgave vil derfor være å forsøke å hjelpe brukeren til å klare seg best mulig selv. Dette innebærer å ha en direkte involvering og proaktiv holdning, der en involverer brukeren på en slik måte at en opplever mestring og respekt i alle aspekter i tjenesteforløpet (Langeland, 2014). Hjemmetjenesten vil i fremtiden ha en rolle der den er en pådriver for at brukere som bor i hjemmet øker sin mestringsevne, samtidig som de skal være den som tar vare på dem som har vesentlig redusert evne til å klare seg selv. Dette behovet vil øke i fremtiden, da det blir stadig flere eldre og pleietrengende i Norge (St.meld. 26 (2014-2015)).

Studien beskriver et funn der dagsenteret i hjemmetjenesten aktiviserte sine brukere ved å gi dem meningsfylte aktiviteter, og som de de i stor grad fikk være med å påvirke. Dette kunne være strikking, spanskurs og fluebinding. Dette kan sees på som direkte involvering med proaktiv holdning ovenfor brukerne. Her gir personalet brukeren mulighet til å føle at de gjør noe meningsfylt, samtidig som disse aktivitetene gir

brukerne livskvalitet. Mange tjenester innen ulike foretak har i dag sett nytten av å ansette personer som tidligere har vært brukere av tjenesten. En engelsk studie av Berry mfl. (2011) konkluderte med at det å ansette personer med brukererfaring kunne være med på å redusere stigma som fantes. En kan rive ned en barriere i en kultur som oppleves å være inndelt i «de» og «oss». Brukeren på den ene siden som den syke, og helsepersonell på den andre siden som den «friske». Personer med brukererfaring kan utfordre helsepersonell til å bedre legge til rette for å tilegne seg kunnskap om hva som gir livskvalitet, og hvordan en best kan involvere brukeren. Et annet eksempel på direkte brukerinvolvering ble sett i et funn der en av deltakerne beskrev at de hadde ansatt en av brukerne som rengjøringsassistent. Hun hadde med andre ord gått ut av rollen som bruker til å bli en ansatt. Dette førte til at personen følte seg verdsatt, at hun betydde noe og at det var bruk for henne. Direkte involvering kunne sees ved at noen brukere hadde tatt kontakt med en sosionom i kommunen, som ble invitert til dagsenteret for å snakke om eksempelvis økonomiske rettigheter i forhold til trygd. Dette var ting som brukerne var opptatt av. I studiens funn ser en også at helsepersonellet mente at måten de jobbet på økte brukerens livskvalitet. Deltakerne på hverdagsrehabiliteringen sa at ved å involvere brukerne med å sette mål sammen ble sett på som en viktig del i forhold til kvaliteten. Flere deltakere på avdeling dagsenter mente tjenesten de gav var i stor grad påvirket av brukernes ønsker og mål. Dette kan sees i situasjonene der helsepersonellet engasjerte brukeren i meningsfulle aktiviteter og lot dem selv velge aktivitetene. Dette er med på å fremme brukerinvolvering og kan gi økt livskvalitet. I en fagartikkel av Rummelhoff mfl. (2012) konkluderes det med at aktivitetstilbud på dagsenter gir økt livskvalitet, blant annet gjennom det sosiale felleskapet mellom brukerne. I denne studien ble det også beskrevet viktigheten av at aktivitetene var brukerstyrte og individuelt tilpasset. Dette er i tråd med mine funn.

5.2.2 I Krysspresset i samhandlingen mellom fagpersonell, brukeren og pårørende

Deltakerne beskrev at det ofte opplevdes et krysspress mellom det brukerne ønsker og hva personalet kan tilby. Et annet krysspress var at det var vanskelig for helsepersonellet å kunne gi de tjenester brukeren skulle ha til den tid brukeren ønsket hjelp. En ser her konfliktområder der en faglig agenda eller tidspress ikke gir rom for brukeren til å kunne påvirke til å ivareta sine interesser og behov på en god måte. Stortingsmelding 26 (2014-2015) sier at tjenestene må gi hjelp når det er behov for det,

og at de tilpasses den enkelte bruker. Helsepersonellet på den andre siden ønsker å ha ordnede arbeidsforhold med kontinuitet. Dette kan oppleves som et krysspess mellom brukers ønsker og det som er mulig for en hjemmetjeneste å kunne tilby. I følge Tønnessen og Nortvedt (2012) svikter hjemmesykepleien blant annet på områder som å gi helsehjelp til avtalt tid. De omtaler 3 kontekster som påvirker kontinuitet i en hjemmesykepleie; Personkontinuitet, informasjonskontinuitet og organisatorisk kontinuitet. Personkontinuitet betegner sfæren i forhold til hvor mange personer som til enhver tid er inne og hjelper en bruker. Organisatorisk kontinuitet handler om hvordan en hjemmetjeneste planlegger hjelpen, og om den bidrar til at pasientene mottar helsehjelp til rett tid og av rett person. Det vil si at hjemmetjenesten må organisere og koordinere hjelpen når brukeren har behov for det. Informasjonskontinuiteten handler om å gi informasjon til brukeren om hvordan den ønskede hjelpen skal gis.

Hjemmesykepleien i undersøkte hjemmetjeneste har utfordringer med å gi tjenestene til rett tid. På bakgrunn av Nortvedt (2012) sin studie har hjemmesykepleien i denne studien utfordringer i forhold til organisatorisk kontinuitet. Funn i denne studien kan tyde på at det er utfordringer også i personkontinuiteten. Deltakerne sa at det i perioder kunne være vanskelig å få tak i nok helsepersonell på grunn av sykdom.

Personkontinuiteten påvirkes i forhold til uforutsigbarhet om hvem som kommer og gir tjenesten til bruker. Dette kan oppleves av brukeren som utrygt og påvirker kvaliteten og sikkerheten i hjemmetjenesten. Det settes krav til hjemmetjenesten om å kunne organisere den hjelpen som trengs til de tidene brukeren har behov for (Nortvedt, 2012). For å få til dette må administrativ ledelse oppover i kommunen involveres. Det må gis økonomiske rammer som gjør det mulig å utføre tjenestene i forhold til tidspunkt der behovet er.

Funn i studien beskriver et krysspess der brukeren ønsket å bli stelt i en vanlig seng inne i stua si, og der helsepersonellet krevde at brukeren skulle ha ei sykehusseng, fordi en måtte ta vare på helsepersonellens rygger. Personalet ønsket i slike tilfeller ikke å gå inn å gi tjenester. Brukeren på sin side ønsker ikke å ha ei sykehusseng stående i stua. Det å ha ei sykehusseng i stua kan oppleves som tap av verdighet, en kan føle det nedverdiggende når familie eller andre er på besøk eller det kan påvirke søvnen til brukeren. Mange brukere kan oppleve dette som et overgrep fra personalet. Dette kan knyttes til den fysiske og teknologiske utfordringen beskrevet i Bate mfl. (2008) sin modell, hvor det blant annet ble påpekt at funksjonell og estetisk design kan påvirke

kvaliteten på tjenestene. Hensiktsmessig og estetisk utforming av bygninger, som gjør dem funksjonelle i forhold til de behov brukeren har, vil være av betydning, og vil også kunne påvirke brukerens opplevelse av de forhold han eller hun bor under. En sykehusseng i ei stue kan forringe estetikken. En kan ha redusert trivsel i eget hjem på grunn av dette. Det er midlertidig viktig å ta helsepersonellens helse på alvor. Spørsmålet her vil være i hvilken grad helsepersonellet har involvert brukeren i alternative løsninger. Det dreier seg ofte om kompromisser, der en sammen med brukeren finner løsninger som både gir trygge arbeidsforhold og ivaretagelse av brukerens ønsker. Ser en på dette i et brukerperspektiv, er det nettopp det å utjevne et maktforhold i bruker-hjelper relasjonen, der brukeren får mer makt over tjenestene. Brukeren skal ha stor innflytelse i eget hjem. En skal huske at hjelperen er gjest i dette hjemmet. Jarling mfl. (2018) sier i sin artikkel at eldre ofte føler at hjemmene deres blir en form for en offentlig arena, der en blir fratatt kontrollen i eget hjem, og at de har liten innflytelse over de tjenestene de mottar. Det bør være sterke grunner til for at en hjemmetjeneste skal kunne sette premisser for hjelpen uten at brukeren blir hørt og respektert. Stortingsmelding 26 (2014-2015) underbygger nettopp det at brukerens behov skal settes i sentrum. Brukernes innspill i denne meldingen sa også noe om at de ønsket å bli tatt på alvor og møtt med respekt.

Funn i studien beskriver situasjoner der helsepersonellet har en oppfatning av at brukeren kan mestre mer enn han eller hun ønsker eller er motivert til. Mange av deltakerne opplevde at dette gikk på bekostning av andre som var motivert for hjelpen, fordi de som var umotivert beslagla tiden til hjemmetjenesten uten at det gav noen resultater. Deltakerne mente det var vanskelig i slike tilfeller å få til brukerinvolvering og samtidig bevare det personalet mente var riktig ut ifra et helsefaglig perspektiv. Her ser en også et krysspress mellom det personalet mener er godt for brukeren og det brukeren ønsker. En ser her en form for indirekte involvering i forhold til at helsepersonellet setter standard for om hjelp trengs eller ikke (Tritter, 2009). Helsepersonellet mener de med sine fagkunnskaper har en form for fasit i forhold til hva som er best for brukeren. Her kunne en kanskje spørre om hvorfor brukeren ikke er motivert. Har en satt seg inn i brukerens situasjon? Har en spurt om hva som er viktig for brukeren? Det kan være mange faktorer som spiller inn i forhold til at en ikke er motivert for å mestre sin egen livssituasjon. Kanskje brukeren opplever at det som helsepersonellet ønsker at han eller hun skal klare, ikke er noe som brukeren selv anser

som viktig. Det kan være en depresjon tilstede, sorg eller tap. Som fagpersoner har en et ansvar for å lytte til brukeren, og i et samarbeid finne ut hva som kan være det beste for dem.

Bestiller- utfører modellen legger vekt på å skille mellom de i organisasjonen som forvalter en tjeneste, fra de som utfører den. I undersøkte hjemmetjeneste vil det være bestillerkontoret som forvalter de oppgavene en hjemmetjeneste utfører. Dette er vedtatte retningslinjer som helsepersonellet i hjemmetjenesten må forholde seg til. Ut ifra et tjenesteperspektiv kan denne modellen, der tjenestene til en viss grad er standardiserte for å ha oversikten og kontroll på ressursbruken (Bjørnsdóttir 2014; Wollscheid mfl., 2013), virke fornuftig. Ser en dette fra et brukerperspektiv, kan denne modellen gi mindre rom for fleksibilitet, og det kan redusere muligheten for individuelt tilpasset helsehjelp. Modellen kan også gi mindre rom for at stemmen til både brukeren og pårørende blir hørt.

Funn i studien viser at helsepersonellet ofte kommer i konflikt med brukeren og de pårørende i forhold til avgjørelser om endringer i hjelpebehovet. Helsepersonellet kunne i liten grad foreta endringer i tjenesten til brukeren uten å involvere bestillerkontoret. Dette hang ofte i sammen med at endring av tjenestene kunne medføre økte utgifter for hjemmetjenesten. De var derfor avhengig av at bestillerkontoret godtok endringene, som i neste omgang gav økte ressurser for hjemmetjenesten. Det kan i denne studien virke som ledelsen i hjemmetjenesten fungerer som statutter for bestillerkontoret, i den hensikt å få endene til å møtes økonomisk sett.

Funn i studien tyder på at ledelsen har liten innflytelse i forhold til de vedtak som fattes av bestillerkontoret. Det er likevel ikke nok empiri til å ta noen konklusjoner i forhold til rollen lederne har. En kan også stille seg spørsmål ved om hjemmetjenesten skal ha mer makt og kontroll over tjenestene. Det kan antas at det er ryddigere å ha en «utenforstående» part, som bestillerkontoret er, som sikrer en rettferdig fordeling av de ressursene en har til rådighet. Stortingsmelding 26 (2014-2015) sier at tjenestene skal gis i forhold til brukerens behov, brukeren skal tas med på beslutninger om sin egen helse. De skal også ha mulighet til å påvirke selve utformingen av tjenestene på et meso- og makronivå (Wiig mfl., 2013). En ser at noen av de utfordringene i utforming av tjenestene i forhold til kvalitet og sikkerhet er den kontinuerlige diskusjonen om knapphet på økonomiske ressurser.

Kvalitetsforbedring i helsetjenestene er et lederansvar (Wiig, mfl., 2013; Storm, 2009). Tjenestene skal realiseres på både individ- og systemnivå. Det å forankre brukermedvirkning på et overordnet nivå, kan bidra til at brukerinvolvering virkelig fungerer, og blir en del av den ordinære driften. En gir dermed signal om at en mener alvor med å gi brukeren makt (Andreassen, 2005). Funnene i denne studien kan antyde at ledelsen i en hjemmetjeneste ikke har en systematisert måte å jobbe med brukerinvolvering på. Det finnes ingen systemer for innhenting av verken bruker- eller pårørendeerfaringer. Det finnes heller ikke brukergrupper som er tilknyttet hjemmetjenesten. Dette er ikke i tråd med de forventningene helsemyndighetene har til ledere i helse- og omsorgstjenestene (Meld. St. 26; Meld. St. 29). Studien søkte å få informasjon om hvordan hjemmetjenesten innhentet bruker- og pårørendeerfaringer. Tilbakemeldinger fra deltakerne var at dette var ikke noe de hadde. Det var ikke var noen organisert systematikk for innhenting verken bruker- eller pårørendeerfaringer i hjemmetjenesten. Nyere forskning viser at brukere ønsker å bli mer involvert i forhold til beslutninger vedrørende behandling og pleie, men at en ser at de ikke alltid inkluderes i prosessen (Almborg mfl., 2008; Benten og Spalding, 2008; Foss og Hofoss, 2011; Perry mfl., 2011). Dette er et lederansvar. Ledere har et ansvar for å sette brukerinvolvering på dagsordenen. En skal skape et engasjement rundt dette både hos personal, brukerne og deres pårørende. Brukerinvolvering må systematiseres og ha en slik form at det tilfredsstillende de nasjonale føringer og lovgivningen (Storm, 2009). Ledere må bygge en kultur der brukerinvolvering er en naturlig del av tjenestene på alle nivåer i tjenesten. Stortingsmelding 26 (2014-2015) beskriver at pasient- og brukerinvolvering bør skje på minst tre nivå: - Individuelt når det gjelder valgfrihet over egen helse og tjenestetilbud, - på gruppenivå når det gjelder å møte, bistå og stå sammen med andre pasienter/brukere i samme situasjon, - På kommune- og samfunnsnivå gjennom brukerrepresentasjon. En må også legge til rette for at en «normaliserer» brukerinvolvering i helsesektoren (Tierney, McEvoy mfl., 2016). Til syvende og sist er det jo nettopp oss borgere som «eier» tjenestene som blir gitt oss, vi er ikke en kunde eller klient.

I stortingsmelding 29 (2012-2013) beskrives familieomsorgen som den usynlige omsorgen. Den registreres knapt i saksbehandling, statistikk eller utredninger i forhold til helse- og omsorgstjenestene. Forskning anslår at det utføres ca. 100.000 årsverk i den uformelle, og i hovedsak den familiebaserte omsorgen (Rønning mfl., 2009). Til

sammenligning utgjør den samlede offentlige omsorgstjenesten ca. 130.000 årsverk. Stortinget behandlet i 2013 et program for en aktiv og fremtidsrettet pårørendepolitikk (2014-2020) Meld. St. 29 (2012-2013), *Morgendagens omsorg*. Pårørende som tar vare på sine nærmeste, skal bli møtt av offentlige tjenester som arbeider sammen med dem, veileder dem og gi avlastning ved behov. Funnet i denne studien kan gi signaler om at disse utfordringene i krysspreset mellom helsepersonell, brukere og pårørende kan være vanskelig å håndtere. Et funn beskrev eksempelvis at pårørende i noen tilfeller kunne overstyre brukeren i forhold til behov og mål. Et annet funn beskrev at pårørende kunne gi instruksjoner til hjemmetjenesten at hun eller han trengte å vaske seg, men at brukeren selv ikke ønsket dette. Ofte opplevdes det som at det var de pårørende som satte premisser for omfanget av hjelpen.

Mange deltakere beskrev at det kunne være vanskelig å organisere en brukers hverdag uten at det kom i skvis med den daglige organiserte driften. En deltaker gav et eksempel der taxihenting til og fra dagsenteret kunne være en utfordring både for brukeren og personalet. Ofte ønsket brukeren å bli hentet senere. Helsepersonellet kom i skvis i forhold til at de fleste måtte stelles på samme tid, og at det derfor krevde mye ressurser i løpet av de første timene om morgenen. Jeg vil ta frem et eksempel, der jeg eksempelvis skal ha meg en tur på byen, og jeg ønsker å få en taxi til å kjøre meg ned. Ville jeg akseptert at taxien kom når det passet den? Jeg tror de fleste av oss ikke ville akseptert dette. Skal det være annerledes i en hjemmetjeneste? Brukeren må bli behandlet på samme måte som andre medborgere. Dette handler i mange tilfeller om økonomi. Kommunen aksepterer taxiavtaler, der en eksempelvis fyller opp en maxi taxi på en rute, slik at det kan spares penger. Det gis med andre ord liten fleksibilitet i forhold til brukernes ønsker og en kan se at dette ikke er god kvalitet på tjenesten. Det handler om å ha respekt for brukerens ønsker og inneha en direkte involvering med en proaktiv holdning der brukerens ønsker og behov kommer først. Stortingsmelding 29 (2012-2013) sier noe om å engasjere private næringsaktører til å være med og utvikle tjenestene som det er behov for, slik at en blant annet gir bedre utnyttelse av samfunnets ressurser, men også å skape bedre og nye tjenester til det beste for brukeren. Det må også stilles krav til disse aktørene, om at en ikke tilsidesetter brukeren i det henseende til å oppnå mest mulig profitt. Brukeren skal ha mest å si i tjenesten som blir mottatt.

Hjemmetjenesten har mulighet for å avslutte en tjeneste for brukeren i de tilfeller de mener at der ikke er behov for det lenger. Deltakerne poengterte at en i noen av disse tilfellene inviterte både brukeren og pårørende for å informere om dette, og at de fikk uttale seg. Her ser en også innslag av indirekte brukerinvolvering, der det er helsepersonellet som bestemmer i hvilke tilfeller brukeren får si noe om sin tjeneste. Brukeren får uttale seg, men helsepersonellet tar den endelige avgjørelsen. Her så en at helsepersonellet selv vurderer hva tid brukeren og pårørende skal være med på møter som omhandler dem. Det styrker en antakelse om at helsepersonellet tar avgjørelser om brukerens og pårørendes tjenester uten å gi dem reell makt. Her snakker en om å inkludere brukerens perspektiv, å ha brukeren og deres pårørende i fokus og å la deres stemmer ha reell betydning. Her kan en også se en kultur der en delvis involverer brukeren, men at det til syvende og sist er helsepersonellet som tar de viktige avgjørelsene. Både stortingsmelding 26 (2014-2015) og 29 (2012-2013) sier at brukeren og pårørende skal tas med på avgjørelser om tjenestene som blir gitt. Det bør ikke være rom for at en helsetjeneste skal avgjøre om tjenesten er relevant eller ikke uten å involvere brukeren og eventuelt pårørende. Dette funnet sier noe om at disse vurderingene fra helsepersonellet ikke er i tråd med myndighetenes forventninger til involvering av brukeren og deres pårørende.

5.2.3 Kvalitet og sikkerhet i overganger mellom hjem, sykehjem, fastlege og spesialisthelsetjenesten.

Deltakerne opplevde at informasjonsutvekslingen mellom hjemmetjenesten, fastlegen og spesialisthelsetjenesten mange ganger var dårlig. Informasjonen var ofte ufullstendig, via muntlige beskjeder eller Post- it lapper. Medisinlister samstemte ikke med hjemmetjenesten sine, feil i kjernejournaler og trege tilbakemeldinger opplevdes også som utfordrende. Dette mente deltakerne påvirket kvaliteten og sikkerheten i hjemmetjenesten. Funn i studien sier også at hjemmetjenesten involverer brukerne i liten grad der det blir gjort feil. Det ble vurdert fra helsepersonellet de gangene de tok kontakt med brukeren i forhold til avvik. Deltakerne mente at å informere brukerne om avvik kunne gjøre dem mer utrygg. Det var hovedsakelig ved alvorlige avvik de tok kontakt med brukeren og eventuelt deres pårørende. Mange av deltakerne mente at disse avvikene kunne henge sammen med tidspresset som er på sykehusene og fastlegekontorene. De mente også at det kunne komme av at de var underbemannet.

Ofte hang kvaliteten på informasjonen som ble gitt sammen med hvilken lege som gav den. Det var med andre ord personavhengig. I en studie gjort av Bakken mfl. (2007) blir det beskrevet funn med lignende utfordringer i forhold til informasjonsutveksling. En fant at informasjonsutveksling mellom de ulike avdelingene i helsetjenestene skjer muntlig eller via Post-it lapper. Videre sa studien noe om at informasjonsutvekslingen med pårørende ofte ble formidlet videre på håndskrevne lapper og via muntlige beskjeder. Studien fant også at fastleger heller ikke hadde faste rutiner for informasjonsoverføring til hjemmesykepleien. Funnet i min studie er i tråd med Bakken mfl. (2007) sin studie, og viser at det er utfordringer i informasjonsutveksling mellom fastlegen, spesialisthelsetjenesten og hjemmetjenesten, og som vil påvirke kvaliteten og sikkerheten i hjemmetjenesten.

I stortingsmelding 11 (2014-2015) *i trygge hender*, står det at et helhetlig pasientforløp er en forutsetning for god kvalitet på helsetjenestene. Meldingen sier at de ulike aktørene må kunne samarbeide og arbeide mot et pasientforløp i tråd med de rettigheter brukeren har. Internasjonale studier viser at rett informasjon til rett tid fører til god kvalitet i utøvelsen av helsetjenestene (Grue mfl., 2010). Bedre informasjonsutveksling er også nødvendig for å kunne realisere forventet kvalitet, sikkerhet og effekt (Werret mfl., 2001). E- meldingsutveksling er den viktigste elektroniske kommunikasjonsformen mellom helse- og omsorgstjenestene vi har i dag (St.meld.nr. 9 2012). I en studie av Borgen mfl. (2015) fant en at fastleger som hadde tatt i bruk e-meldingssystemer opplevde endret samhandlingsmønster med hyppigere kontakt og raskere avklaringer, samt bedre kvalitet på informasjonen de utvekslet. De fastlegene som ikke hadde tatt i bruk e- meldingssystemet, hadde en vegring mot å ta i bruk e-meldingssystemet. De mente det ville medføre merarbeid for dem. Både ansatte i hjemmetjenesten og fastleger opplevde en utrygghet i forhold til bruken av e-meldingene, spesielt fordi det manglet automatisk tilbakemelding på at en hadde mottatt meldingene, og at de skulle følges opp (Borgen mfl., 2015). Dette er i tråd med funn i denne studien, der det ble beskrevet at e-meldingssystemet fungerte i varierende grad. Studien fant en også at selv om fastlegen hadde dette systemet, var det opp til hver enkelt lege om en ville ta det i bruk eller ikke. Det er personavhengig i den forstand at det er opp til fastlegen å bestemme om en ønsker et e-meldingssystem eller ikke. Dette påvirker kvaliteten og sikkerheten.

Stortingsmelding 26 (2014-2015) tar også opp problematikken om fagsystemer som ikke snakker sammen eller som er dårlig integrert. En burde kunne forvente at en laget systemer som automatiserer oppdateringer i eksempelvis legemiddellister, og som går på tvers av avdelinger og ulike nivå i helsetjenestene. Når fastlegen foretar endringer i medisinlisten, burde den blitt synkronisert med journaler til andre tjenesteytere i helsetjenesten. Dette ville kunne være med på å hindre mange uønskede hendelser som en dessverre til stadighet opplever innen helse- og omsorgstjenesten.

Ledelsen har det overordnede ansvaret for kvalitet og sikkerhet i tjenestene (Wiig, 2013). Ledere har utfordringer i å strukturere tjenestene på en slik måte at de kommuniserer bedre. Dette kan sees i lys av Bate mfl. (2008) sin modell. Utfordringer i form av teknologiske systemer som ikke samarbeider på tvers av helseorganisasjoner, og innad i dem. Det stilles krav til ledelsen om å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomhetens aktiviteter (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016). Ledelsen har også et ansvar å utvikle en kultur der kvalitet og sikkerhet er en naturlig del av helsepersonellens hverdag, og å inspirere sine medarbeidere til å være med å «dra lasset» for å øke kvalitet- og sikkerhet (Meld. St. 10). Denne studien gir i liten grad svar på disse utfordringene. Likevel vil det være viktig å få frem at nettopp disse utfordringene vil kunne være nøkkelen til nettopp det å øke kvaliteten og sikkerheten på tjenestene som blir gitt. Det en ikke får til oppover i nivåene i organisasjonen, vil i stor grad påvirke det som blir gjort nedover i organisasjonen.

I stortingsmelding 9 (2012-2013) ble det beskrevet mål der pasienten og brukeren hadde én journal å forholde seg til. I dag er disse digitale tjenestene ute på nett under navnet «min helse». Denne meldingen beskrev også mål som å utvikle et felles journalsystem for hele helse- og omsorgstjenesten. Dette målet er ikke nådd. Sykehuset som er tilknyttet hjemmetjenesten i denne studien bruker et journalsystem som heter DIPS. Hjemmetjenesten på sin side bruker journalsystemet CosDoc. Disse systemene kommuniserer i liten grad med hverandre. Dette gjør at deling av journaler og medisinlister tar lengre tid enn ønskelig. Innskrivnings- og utskrivningsprosessene er ofte kilde til risiko for uønskede hendelser (Meld. St. 47 (2008-2009) *samhandlingsreformen*). Intensjonene i samhandlingsreformen var blant annet å koordinere tjenestene i den hensikt at tjenestene snakket mer sammen og hadde et bedre

samarbeid. Laugaland og Aase (2015) sier noe om hvilken effekt samhandlingsreformen har hatt for pasient/pårørende i primærhelsetjenesten. I primærhelsetjenesten har reformen ført til økt fleksibilitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter, tettere dialog med sykehuset, økning i antall overganger i perioden etter utskrivning, uforutsigbarhet i perioden etter utskrivning og økte krav til koordinering mellom helseinstitusjoner innad i primærhelsetjenesten. Effekten dette har hatt for pasient/bruker har ført til for tidlig eller overraskende utskrivelser. Brukerne eller deres pårørende har i liten grad blitt involvert i utskrivelsesprosessen. Økt tidseffektivitet fra helsevesen gjør pasienten/brukeren utrygg og stresset, og økt antall overganger etter utskrivelse gir mentale og fysiske utfordringer. Det er koordinatorene på bestillerkontorene som først får informasjon om pasienter/brukere som blir skrevet ut fra sykehus (Laugaland og Aase, 2015). Disse koordinatorene jobber på dagtid. Det vil derfor være mer sårbart når brukeren/pasienten skrives ut i helger eller på kveldstid. I studien til Laugaland og Aase (2015) fant en at sykehuset prioriterte å skrive ut pasienten/brukeren på dagtid. De nye kravene til planlegging av utskrivelse økte også kravene til administrativt arbeid og dokumentasjon. Dette gikk ofte på bekostning av å involvere brukeren/pasienten og deres pårørende i utskrivning fra sykehuset. Studien til Laugaland og Aase (2015) er i tråd med noen av funnene i denne studien, som viser at samhandlingen mellom sykehus og hjemmetjenesten er utilfredsstillende. Studien min viser at det blir gjort feil i journaler og medisinlister, og hjemmetjenesten opplever at informasjonen de trenger kommer for sent til dem. Studien fant også at de digitale systemene ikke snakket sammen. Dette gav utfordringer i informasjonsutvekslingen mellom sykehuset og hjemmetjenesten. Dette kan i stor grad påvirke kvaliteten og sikkerheten for brukeren i en hjemmetjeneste. Min studie hadde ingen funn i forhold til i hvilken grad bruker eller pårørende ble involvert av hjemmetjenesten i utskrivelsesprosessene fra sykehuset.

På veksel mellom sykehjem og hjem kunne deltakerne beskrive hendelser der brukeren som tidligere klarte seg godt selv, var sengeliggende etter endt opphold på sykehjemmet. Det ble antydning fra en deltaker at dette kunne ha med at sykehjemmet ikke hadde det samme fokus som dem i forhold til brukerens egen mestring. De mente at sykehuset kanskje hjalp brukeren mer enn det de gjorde i hjemmetjenesten. Ifølge Bate mfl. (2008) sin modell finner en at de kan være utfordringer i forhold til kulturen i de ulike helseorganisasjonene, og at dette kan påvirke kvaliteten og sikkerheten. Et sykehjem er en institusjon, der en kanskje har en oppfatning av å ta vare på, pleie og

sørge for at de elementære behovene blir dekket. En hjemmetjeneste fokuserer på egenmestring, i den hensikt at brukeren kan bo lengst mulig i eget hjem. Et annet spørsmål til dette funnet, er i hvilken grad hjemmetjenesten og sykehjemmet samarbeider i forhold til brukere som pendler mellom hjem og sykehjem. Brukeren har rett på koordinerte tjenester. § 7-1 i helse- og omsorgstjenesten sier at brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til individuell plan. § 3-4 i samme lov gir også kommunen en plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der det er nødvendig. En individuell plan vil kunne styrke et samarbeid mellom brukeren, hjemmetjenesten og sykehjem. Slike planer inneholder ofte viktig informasjon om hva brukeren, og hvilke behov de har. Disse planene er et dokument som skal brukes mellom deltjenestene. Dette kan være med på å avverge situasjoner der brukeren får funksjonsnedsettelse i overganger fra en tjeneste til en annen. Forskningslitteraturen har påvist en sammenheng mellom pasientoverganger og uønskede hendelser. Foster mfl. (2002) sier at 20% av pasientene opplever en uønsket hendelse i overgangen mellom sykehjem og hjem. En annen studie antyder at 49% av pasientene vil oppleve minst én uønsket hendelse i forbindelse med utskrivning fra sykehus eller i overganger mellom tjenestenivåer (Moore mfl., 2003). Denne studien har ikke gått inn og studert et sykehjem, og det vil derfor være umulig å trekke konkluderende slutninger. Funnet med brukeren som fikk funksjonsnedsettelse etter et vekselsopphold, er likevel i tråd med både Moore mfl. (2003) og Foster mfl. (2002) sine funn. En vet at samhandling mellom ulike tjenester er et område med stor fare for svikt, og at dette kan få store konsekvenser (NOU, 2005/3:39).

Avslutningsvis vil jeg komme med en betraktning om hva utfordringene med bruker- og pårørendeinvolvering i en hjemmetjeneste kan være. Min oppfatning av ordet «og» etter en setning, betyr at det kommer noe mer i forhold til det en beskrev i foregående setning. Bruker en ordet «men» begrenser en innholdet som ble skrevet i forkant. Det får med andre ord mindre betydning. Jeg vil trekke parallell fra dette til arbeidet med bruker- og pårørendeinvolvering i undersøkte tjeneste. Funn i studien viser at denne hjemmetjenesten involverer brukere og pårørende på flere områder. Funn sier også at det er begrensninger i forhold til hjelpen som gis. Ordet «men» kan beskrive det Arnstein (1969) kaller for tokenism (delvis involvering). Beskrivelser av situasjoner der en arbeider med å involvere brukere og pårørende, men hvor de i realiteten har liten

eller ingen innflytelse og resultater uteblir. Ordet «og» kan beskrive det Arnstein (1969) omtaler som høy grad eller full involvering. Til tross for at studien finner flere «og» i studien, er en generell oppfatning av funn i denne studien at hjemmetjenesten har en stor grad av «men». Grunnlaget for å kunne si dette er funn som beskriver en gjennomgående mangel på systematiserte tiltak for å involvere brukerne. Eksempler på dette er at hjemmetjenesten mangler rutiner for innhenting av bruker- og pårørendeerfaringer. Det blir også satt begrensninger for hjelp uten å ta brukerne eller pårørende med på råd. Det finnes ingen brukergrupper eller fora der brukeren eller pårørende blir gitt mulighet for å komme med innspill om tjenestene som blir gitt. Dette er ikke i tråd med nasjonale føringer om å implementere brukererfaringer i forhold til kvalitet- og sikkerhetsforbedringer i helse- og omsorgstjenestene (Meld. St. 10 (2012-2013); Meld. St. 26 (2014- 2015); Meld. St. 29 (2012- 2013)). De sier blant annet at kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester skal etablere systemer for innhenting av brukeres erfaringer og synspunkter. Det skal sørges for at brukeren blir hørt ved utformingen av tjenestene. Det kreves også et system som håndterer disse tilbakemeldingene fra brukeren og bruke dem til kvalitetsforbedring. Funnet er i tråd med Wiig mfl. (2013) sin studie i to sykehus, der en fant ut at det var lite tatt i bruk verktøy eller metoder for å involvere pasientene på meso- og mikronivå.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne studien har vært å bidra til økt innsikt i hvordan ledere og ansatte involverer brukere og pårørende i en hjemmetjeneste, og hvordan dette kan påvirke kvalitet og sikkerhet.

Forskning knyttet til bruker- og pårørendeinvolvering i en hjemmetjeneste er svært begrenset både i norsk og internasjonal sammenheng. Denne studien vil derfor kunne gi verdifull kunnskap på området. Studien har samlet funn fra tre avdelinger i en hjemmetjeneste. Disse er: Hverdagsrehabilitering, dagsenter og hjemmesykepleie.

Funn i analysen gikk i tre retninger som ble til tre tema. Temaene er som følger: Involvering i mestring og aktiviteter gir livskvalitet, krysspress i samhandling mellom personell, brukerne og deres pårørende og samarbeid med eksterne tjenester påvirker kvalitet og sikkerhet. I tråd med de nasjonale føringer fokuserer hjemmetjenesten på å involvere brukerne i mestring meningsfulle aktiviteter. En ser en forskjell i de ulike avdelingene, der hjemmetjenesten skiller seg ut. Standardiserte tjenester og tidspress fører til at brukerne og deres pårørende blir involvert i mindre grad. Studien antyder at det er kulturforskjeller i de tre undersøkte avdelingene i hjemmetjenesten, og som påvirker grad av brukerinvolvering. Hverdagsrehabilitering og dagsenter er preget av stor grad av direkte involvering med proaktive holdninger. Dette er i tråd med tidligere forskning.

Studien peker på informasjonssvikt, manglende skriftlig dokumentasjon, e-meldingssystemer som fungerer i varierende grad, feil i journaler og trege tilbakemeldinger i samarbeidet med fastlege og spesialisthelsetjenesten. Studien peker på også på funn der manglende samarbeid mellom sykehjem og hjemmetjenesten kan føre til funksjonsnedsettelse hos bruker. Dette påvirker i høy grad kvaliteten og sikkerheten i en hjemmetjeneste. Brukerne blir i liten grad involvert i disse utfordringene. For at brukerens stemme skal få relevans, må hjemmetjenesten ta i bruk verktøy og metoder for innhenting av bruker- og pårøndererfaringer. Til tross for at en ser at bruker- og pårørendeinvolvering blir satt på agendaen i denne hjemmetjenesten, vil manglende systematisk arbeid med involvering resultere i en variert grad av vellykkethet.

Nasjonale føringer peker på utfordringer i forhold til involvering av brukeren og deres pårørende som samstemmer med funn i denne studien. For at brukerens stemme skal få relevans, må hjemmetjenesten ta i bruk verktøy og metoder for innhenting av bruker- og pårørendeerfaringer. Til tross for at men ser at bruker- og pårørendeinvolvering blir satt på agendaen i denne hjemmetjenesten, vil manglende systematisk arbeid med involvering, resultere i variert grad av vellykkethet. Dette er et lederansvar. Lederne i hjemmetjenesten må komme mer på banen å *dra lasset* for å få dette til (Wiig, 2013).

6.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning

6.1.1 Implikasjoner for praksis

Basert på funn i denne studien gis det anbefalinger til hjemmetjenesten om å finne verktøy og metoder i arbeidet med systematisk innhenting av bruker- og pårørendeerfaringer. Dette kan bidra til at brukerne og pårørende involveres i større grad i utformingen av tjenestene. En kan få verdifulle informasjon og erfaringer, som kan hjelpe hjemmetjenesten til å se hvor *skoen trykker*. Dette er et ledelsesansvar. Ledelsen bør lage rutiner for innhenting tilbakemeldinger fra brukeren og pårørende. De bør også sørge for helsepersonellet får opplæring slik at en ser viktigheten av å styrke brukerinvolvering. Det er mange måter å innhente bruker- og pårørendeerfaringer på. Et forslag er å opprette bruker- og pårørende grupper, eller en kan opprette en brukerrepresentant til å være en talsperson for brukerne. Fordelen med grupper er at en får en samhandling mellom de ulike deltakerne noe som gir mulighet for konstruktive diskusjoner. En skaper også en fellesskapsfølelse mellom brukerne.

Funn viser at hjemmesykepleien ofte er under tidspress, og at dette påvirker i hvilken grad en har mulighet til å involvere brukerne og pårørende. Dette må lederne ta opp med sine overordnede. Det må skapes en kultur der brukerinvolvering blir en naturlig del av arbeidet. Brukeren og pårørende må sees på som en ressurs, som en mulighet til at tjenestene blir enda bedre.

Ledelsen i hjemmetjenesten bør ta et større ansvar for å hindre svikt i tjenestene. Det anbefales å bruke ROS analyse (risiko- og sårbarhetsanalyse) i forhold til de situasjoner hjemmetjenesten opplever svikten. Dette kan være med på å sette fokus på kvalitet og sikkerhet, samtidig som en lager instruks for hva en gjør når svikt oppstår.

6.1.2 Videre forskning

Studien har få funn på hvilken måte lederne i en hjemmetjeneste arbeider i forhold til brukerinvolvering. Her kunne det vært interessant å få mer kunnskap. Det ville også vært interessant å få kunnskap om hvordan brukere og pårørende opplever de blir involvert i en hjemmetjeneste. Studien sier at det er svikt i overganger mellom spesialisthelsetjenesten, fastlegen og hjem. Det som kunne ha vært interessant, var å gjøre en kvantitativ studie i forhold til omfanget av svikten. Det kunne også vært svært interessant og implementert verktøy for innhenting av bruker- og pårøndererfaringer i denne hjemmetjenesten, og i etterkant målt effekten av implementeringen.

Litteraturliste

- Abma, T. A. and V. E. Baur. (2015). "User involvement in long-term care. Towards a relational care-ethics approach." Health Expectations **18**(6): 2328-2339.
- Almborg, A.H., Ulander, K., Thulin, A. og Berg, S. (2008). Patients` perceptions of their participation in discharge planning after acute stroke. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 199-209.
- Andreassen, T.A. (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten: arbeid med brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Arnstein S. A (1969) ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*; 35:216–24.
- Backman, A., Sjøgren, K., Lindkvist, M., Løvheim, H., Edvardsson, D. (2016). "Towards person-centredness in aged care - exploring the impact of leadership." Journal of Nursing Management **24**(6): 766-774.
- Bakken, K Larsen, E., Lindberg, P. C., Rygh, E., & Hjortdahl, P. (2007). Mangelfull kommunikasjon om legemiddelbruk I primærhelsetjenesten. *Tidsskrift for den norske legeforening*. (13), 1766- 1769
- Barbosa da Silva, A., red. 2006. *Etikk og menneskesyn i helsetjenesten og sosialt arbeid*. Gyldendal. Oslo
- Bate, P., Mendel, P., Robert, G. (2008). Organizing for quality: the improvement journeys of leading hospitals in Europe and the United States, Radcliffe Publishing.
- Benten, J. og Spalding, N.J. (2008). Intermediate care: What are service users`experiences of rehabilitation? *Quality in Aging*, 9(3).
- Berry, C.Hayward, M.I. & Chandler, R. (2011) Another rather than other: experiences of peer support specialist workers and their managers working in mental health services. *Journal of public mental health*. Vol. 10 no 4
- Björnsdóttir, K. (2014). The place of standardisation in home care practice: an ethnographic study. *Journal of clinical nursing*, 23(9-10), 1411-1420.

Borgen, K., Melby, L., Hellesø, R., Steinsbekk, A. (2015). Elektronisk meldingsutveksling mellom hjemmetjenestene og fastleger. *Sykepleie forskning* 10(1) (42-48).

<https://doi.org/10.4220/Sykepleief.2015.53388>

Dyrstad, D. N., Testad, I., Aase, K. og Storm, M. (2014). "A review of the literature on patient participation in transitions of the elderly." *Cognition, Technology & Work* 17(1): 15-34.

Ellegaard, T. og B. Dybbroe. (2015) *Nye roller i det nære sundhedsvæsen – Forandringer i sykeplejerskeroller og brugerinndragelse i det nære sundhedsvæsen*, Roskilde: Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning, Roskilde universitet.

Grue, E. V., Finne-Soveri, H., Stolee, P., Poss, J., Sörbye, L. W., Noro, A., Ranhoff, A. H. (2010). Recent Visual Decline-A Health Hazard with Consequences for Social Life: A Study of Home Care Clients in 12 Countries. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2010, 9.

Forskrift 28 oktober (2016) nr. 1250. Om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Foss, C. og Hofoss, D. (2011). Elderly persons`experiences of participation in hospital discharge process. *Patient Education & Counseling*, 85, 68-73.

Foster, D. S, Paterson, C. og Fairfield, G. (2002). Evaluation of immediate discharge documents- room for improvement? *Scottish Medical Journal*, 47 (4), 77-9.

Giorgi A. (1985). Sketch of a psychological phenomenological method. In: Giorgi A, editor. *Phenomenology and psychological research*. Pittsburg, PA: Duquesne University Press; 1985: 8-22

Glasby, J. (2012). *Understanding health and social care*, Bristol: Polity Press.

Grundy, A. C., Bee, P., Meade, O., Callaghan, P., Beatty, S., Olleveant, N. & Lovell, K. (2016). "Bringing meaning to user involvement in mental health care planning: a qualitative exploration of service user perspectives." *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 23(1): 12-21.

Hansen, H.-T., K.G. Lundberg, L. J. Syltevik. (2013). *Nav-med brukeren i sentrum?* Oslo: Universitetsforlaget.

- Hanssen, H., Humerfelt, K., Kjellevoid, A., Norheim, A., Sommerseth, R. (2015). *Faglig skjønn og brukervedvirkning i helse- og velferdstjenestene*. 2. utgave. Fagbokforlaget. Bergen
- Hartley, J. (2004). Case Study Research. I: Cassell, C. & Symon, G. (red.) *Essential Guide*
- Haukelien, H., G. Møller, H. Vike. (2011) *Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren, TF-rapport nr. 284, Bø: Telemarksforskning*.
- Hellström, Y., Persson, G., & Hallberg, I. R. (2004). Quality of life and symptoms among older people living at home. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 48 (No. 6), 584-593.
- Helsedirektoratet (2005), nr.1162. *Og bedre skal det bli!* Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring I sosial- og helsetjenesten 2005- 2015.
- Helsepersonelloven (1999). *Lov av 02.Juli 1999 om helsepersonell m.m* Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>.
- Humerfelt, K. (2005). *Begrepene brukervedvirkning og brukerperspektiv- honnørord med lavt presisjonsnivå*. I: E. Willumsen, red. *Brukernes medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Universitetsforlaget. Oslo
- Humerfelt, K. (2012). *Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan- anerkjennelse og krenkelse*. Avhandling for graden philosophiae doctor. NTNU, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap. Trondheim.
- Jangland, E. and L. Gunningberg. (2017). "Improving patient participation in a challenging context: a 2-year evaluation study of an implementation project." *Journal of Nursing Management* **25**(4): 266-275.
- Jarling, A., Rydström, I., Nyström, M., Dalheim, E. A., & Ernsth, B. M. (2018). Becoming a guest in your own home: Home care in Sweden from the perspective of older people with multimorbidities. *International Journal of Older People Nursing*, *13*(3), 1. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/opn.12194>

Kitson, A., Marshall, A., Bassett, K & Zeitz, K. (2013). "What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing." *Journal of Advanced Nursing* **69**(1): 4-15.

Kjellberg, P. K., Kjellberg, J., Ibsen, R. & Christensen, L. T. (2012). Hverdagsrehabilitering i praksis. Erfaringer fra fredericia 2008-2010. [Artikkel]. [Hverdagsrehabilitering i praksis. Erfaringer fra Fredericia 2008-2010]. *Ergoterapeuten (Oslo)*, *55*(1), 24-28.

Kjellevoid, A. (2006). *Idealet om brukerorientering i helse- og sosialtjenesten*. Lov og rett *45*(1):3–25.

Krueger RA, Casey MA. (2009) Focus groups. *A practical guide for applied research*. Thousands Oaks: SAGE Publications.

Langeland. E. (2014), *Salutogenese og psykiske helseproblemer – en kunnskapsoppsummering*.

Laugaland, K. og Aase, K. (2015) The demands imposed by a health care reform on clinical work in transitional care of the elderly.: A multi-faceted Janus. I B. Wears, Hollnagel, E. og Braithwaite, J. (red.), *Resilience in Everyday Clinical Work*. Farnham, Ashgate Publishing.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011) (Helse- og omsorgstjenesteloven). 24 juni 2011. Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-%20og%20omsorgstjenesteloven>

Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. 1 utgave. Oslo: Universitetsforlaget

Malterud, K. (2012a). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, *40*(8), 795–805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4 utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760.
- McGlynn, Elisabeth A. (2004). *There is no perfect health system*. Health affairs, volume 23, nr. 3
- Medical Research Involving Human Subjects World Medical Association, 2013.
- Moore, C., Wisnivesky, J., Williams, S. mfl. (2003). Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 646-651.
- Morgan DL., Krueger RA., (1998). The focus group kit. 1 utgave. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- NOU. (2005): 3. *Fra stykkevis til helt- En sammenhengende helsetjeneste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Nortvedt, P (2012) Sources of Normativity – an Argument for Moral Realism in Health Care. *Journal of Medicine and Philosophy*. Vol 37, No. 3, p. 295-310
- Orvik, A. (2005). *Organisatorisk kompetanse: -i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. (2.utg.). Oslo: Cappelen akademisk Forlag.
- Oute, J., Petersen, A., & Huniche, L. (2015). Who and What Does Involvement Involve? A Multi-Sited Field Study of Involvement of Relatives in Danish Psychiatry. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(12), 953–962.
- Pasient- Og Brukerrettighetsloven. (1999). *Lov av 02.Juli 1999 om pasient- og brukerrettigheter* Lastet ned fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og+bruker>.
- Perry, M.A.C., Hudson, S. og Ardis, K. (2011). “If I didn` t have anybody, what would I have done?”: Experiences of older adult and their discharge home after lower limb orthopaedic surgery. *Journal og Rehabilitation Medicine*, 43, 916-922.
- Polit, D., & Beck, C. (2012). *Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. London: Lippincott, Williams & Wilkins.

Rummelhoff, G.R., Nilsen, S.R., Brynhildsen, S. (2012). Dagsenter gir økt livskvalitet. Dager for eldre gir bedre livskvalitet til bruker og pårørende. Sykepleien 14

<https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2012.0152>

Rønning, Rolf, Tuva Schanke og Vegard Johansen (2009): Frivillighetens muligheter i eldreomsorgen. ØF-rapport nr. 11/2009, kapittel 3.2. Lillehammer: Østlandsforskning.

Røvik, Kjell Arne (2007). Trender og translasjoner. *Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo Universitetsforlaget.

Seim, S og T. Slettebø. (2007). *Brukermedvirkning i barnevernet*. Universitetsforlaget. Oslo.

St. meld nr. 9 (2012-2013). *Èn innbygger- èn journal*.

St. meld. nr. 10 (2012-2013). *God kvalitet- trygge tjenester- kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*.

St. meld nr. 18 (2004-2005). *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk*.

St. meld. nr. 26 (2014-2015.) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*.

St. meld. nr. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*.

St. meld. nr. 47 (2008-2009). *Rett behandling- på rett sted- til rett tid*

Storm, M., Rennesund, Å.B. og Jensen, M.F. (2009). *Brukermedvirkning I psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (4. utgave red.). Bergen: Fagbokforlaget.

Tierney, E., et al. (2016). "A critical analysis of the implementation of service user involvement in primary care research and health service development using normalization process theory." *Health Expectations* **19**(3): 501-515.

Tritter, J.Q. (2009) Revolution or evolution: *The challenge of conceptualizing patient and public involvement in a consumerist world*. *Health Expectations*, 12, 275-287.

Tuntland, H. & Ness, N. E. (red.). (2014). *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Tønnessen, S., & Nortvedt, P. (2012). *Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie?* Sykepleien Forskning, 7(3), 280-285.

Werrett JA, Helm RH, & Carnwell R. (2001). The primary and secondary care interface: the educational needs of nursing staff for the provision of seamless care. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5), 629–638.

Wiig, S., Storm, M., Aase, K., Gjestsen, M.Th., Solheim, M., Harthug, S., Robert, G., Fulop, N. Quaser team. (2013). *Investigating the use of patient involvement and patient experience in quality improvement in Norway: rhetoric or reality?* *BMC Health Services Research* 2013, 13:206.

Wollscheid, S., Eriksen, J & Hallvik, J. (2013). Undermining the rules in home care services for the elderly in Norway: flexibility and cooperation. *Scandinavian Journal of Caring Services* (27), 414-421

Yin, Robert K (2014). *Case Study Research. Design and Methods* (Fifth edition). Los Angeles: Sage Publications, inc.

Ørstavik, S. (2002). *Det tvetydige brukerperspektivet – en teoretisk analyse, i R. Norvoll Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon*, Oslo: Gyldendal Akademisk.

Aase, I, Hansen, B.S. og Aase, K. og Reeves, S. (2015). Interprofessional education for nursing and medical students in Norway: *Exploring different professional perspectives. Journal of interprofessional care.*

Aase, K., (Red) (2015): *Ledelse og pasientsikkerhet. 2 utg.: Pasientsikkerhet, teori og praksis.* Oslo: Universitetsforlaget.

Intervjuguide

Fokusgruppeintervju – ansatte

Innledningsspørsmål:

1. **Hva legger dere i begrepet brukerinvolvering på deres arbeidsplass?**
2. **Hva forstår dere med begrepene kvalitet og pasientsikkerhet? Kan dere gi noen eksempler på det?**

Rutiner for innhenting av bruker- og pårørendeerfaringer

1. **Kan dere si noe om hvilke rutiner dere har for innhenting av bruker- og pårørendeerfaringer på deres arbeidsplass? Kan dere gi eksempler på dette?**
2. **Hvordan formidles disse erfaringene til deres ledere?**
Kan du gi et eksempel på dette?
3. **Har dere noen fora der brukere og pårørende direkte kan meddele sine synspunkter på tjenesten som blir gitt? Kan dere gi eksempler på dette?**

Hvordan anvendes bruker og pårørendeerfaringer

1. **Kan dere si noe om hva dere gjør for å involvere brukere og pårørende på deres arbeidsplass?**
Kan du gi noen eksempler på dette?
Hvordan videreformidles informasjon fra brukere og pårørende til din leder?
Kan du gi eksempler på dette?
2. **Hvordan blir det lagt til rette for at du som ansatt skal kunne gi tilbakemeldinger om svikt og mulige forbedringsområder som blir ytret fra brukeren eller pårørende?**
Kan du gi noen eksempler på dette?
Kan du gi eksempler på at tilbakemeldinger som blir gitt blir hørt?
3. **Hvordan opplever dere erfaringer fra brukerne blir brukt i forhold til å øke kvaliteten og sikkerheten på tjenestene som blir gitt? Gi eksempler.**

Hva hemmer og hva fremmer brukerinvolvering

1. **Har dere noen erfaring i forhold til konkrete situasjoner der dere opplevde at noe hindret arbeidet med brukerinvolvering? Fortell om det.**
Hjelpespørsmål:

Hva gjorde du?

Hvorfor gikk det ikke så bra denne gangen?

Hvilke faktorer opplevde du ikke var på plass og som hindret brukerinvolvering?

-På din arbeidsplass

-I organisasjonen

2. **Har dere noen erfaring i forhold til noen konkrete situasjoner der dere opplevde brukerinvolvering fungerte godt og gav gode resultater? Fortell**

Hva gjorde du?

Hvorfor gikk det så bra denne gangen?

Hvilke faktorer opplevde du var på plass og som i dette tilfellet fremmet brukerinvolvering?

- På din arbeidsplass

- I organisasjonen

3. **På hvilken måte opplever dere økt fokus på brukerinvolvering har bidratt i forhold til kvaliteten på tjenestene dere gir? Fortell. Kan du gi eksempler på dette?**

Til slutt: Er det noe du kommer på som kunne vært viktig å tilføye, som vi ikke har vært innom i forhold til involvering av brukerne dere gir tjenester til?

Var det noe som var uklart?

Har du noen spørsmål?

Til slutt vil jeg takke for at du tok deg tid til å delta.

Intervjuguide

Fokusgruppeintervju – ledere

Innledningsspørsmål:

3. **Hva legger dere i begrepet brukerinvolvering på deres arbeidsplass?**
4. **Hva forstår dere med begrepene kvalitet og pasientsikkerhet? Kan dere gi noen eksempler på det?**
5. **Har dere som ledere noen krav fra din nærmeste overordnede om å involvere brukere dere gir tjenester til?**
Hvis ja: Kan du gi eksempler på dette?

Rutiner for innhenting av bruker- og pårørendeerfaringer

1. **Kan dere si noe om hvilke rutiner dere har for innhenting av bruker- og pårørendeerfaringer på deres arbeidsplass? Kan dere gi eksempler på dette?**
2. **Hvordan får dere som ledere tilbakemelding om brukerens og pårørendes erfaringer fra deres ansatte? Gi eksempler på dette.**
3. **Har dere noen fora der brukere og pårørende direkte kan meddele sine synspunkter på tjenesten som blir gitt? Kan dere gi eksempler på dette?**

Hvordan anvendes bruker og pårørendeerfaringer

4. **Hvilke krav setter dere ledere til deres ansatte om involvering av bruker og pårørende?**
Kan du gi noen eksempler på dette?
Hvordan videreformidles informasjon fra brukere og pårørende til din leder?
Kan du gi eksempler på dette?
5. **Hvordan anvender dere brukernes og pårørendes erfaringer i forhold til å øke kvaliteten og sikkerheten på tjenestene som blir gitt? Gi eksempler.**

Hva hemmer og hva fremmer brukerinvolvering

4. **Har dere noen erfaring i forhold til konkrete situasjoner der man opplevde at noe hindret arbeidet med brukerinvolvering? Fortell om det.**
Hjelpespørsmål:
Hva gjorde du?

Hvorfor gikk det ikke så bra denne gangen?

Hvilke faktorer opplevde du ikke var på plass og som hindret brukerinvolvering?

-På din arbeidsplass

-I organisasjonen

5. **Har dere noen erfaring i forhold til noen konkrete situasjoner der dere opplevde brukerinvolvering fungerte godt og gav gode resultater? Fortell**

Hva gjorde du?

Hvorfor gikk det så bra denne gangen?

Hvilke faktorer opplevde du var på plass og som i dette tilfellet fremmet brukerinvolvering?

- På din arbeidsplass

- I organisasjonen

6. **På hvilken måte opplever økt fokus på brukerinvolvering har bidratt i forhold til kvaliteten på tjenestene dere gir? Fortell. Kan du gi eksempler på dette?**

Til slutt: Er det noe du kommer på som kunne vært viktig å tilføye, som vi ikke har vært innom i forhold til involvering av brukerne dere gir tjenester til?

Var det noe som var uklart?

Har du noen spørsmål?

Til slutt vil jeg takke for at du tok deg tid til å delta.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

SAFE-LEAD

«Ledelse av kvalitet og sikkerhet i helse- og omsorgstjenesten»

Bakgrunn og formål

Dette er et spørsmål til deg om å delta i forskningsprosjektet «Ledelse av kvalitet og sikkerhet i helse- og omsorgstjenesten» (SAFE-LEAD)», finansiert av Norges Forskningsråd (prosjektnr: 256681). Formålet er å utvikle, implementere og teste et forskningsbasert kvalitets- og sikkerhetsverktøy for økt ledelseskompetanse og støtte til forbedringsarbeid. Vi ønsker å få kunnskap om hvordan ledere og ansatte arbeider med kvalitet og sikkerhet i sykehjem og hjemmetjenesten og hvilke utfordringer de opplever i forbedringsarbeid. I prosjektet vil et ledelsesverktøy testes i utvalgte sykehjem og hjemmetjenester og prosjektet vil måle effekten av verktøyet ved å se på forbedring i kunnskap, holdninger og praksis knyttet til kvalitet og sikkerhet. Vi vil videre kartlegge og evaluere hvordan et konkret kvalitetsforbedringsprosjekt gjennomføres av tjenestene selv («I trygge hender ved akutt funksjonssvikt hos sårbare eldre i kommunehelsetjenesten», USHT Rogaland). Du er forespurt om å delta i dette forskningsprosjektet fordi du er leder eller ansatt i et sykehjem eller en hjemmetjeneste som inngår i studien og derfor har viktige erfaringer og kunnskap om det å arbeide med kvalitet og sikkerhet.

Universitetet i Stavanger er faglig ansvarlig for forskningsprosjektet. Stavanger, Førde og Songdalen kommune, Helse- og omsorgsdepartementet v/Pasient og brukerombudet i Vestfold, samt ERASMUS University, Nederland er samarbeidspartnere i prosjektet.

Hva innebærer deltakelse i studien?

I prosjektet vil vi samle data på ulike måter. Du, som leder eller ansatt, kan bli forespurt om å delta i individuelle intervju, gruppeintervju, besvare spørreskjema eller at forskere observerer arbeidet som skjer i din enhet:

- Individuelle intervjuer (med lydopptak) varer i ca. 45 minutter og omfatter hvilke utfordringer du opplever i arbeidet med kvalitet og sikkerhet, hvordan det arbeides med dette i din enhet, om det har skjedd endringer over tid og eventuelt hvorfor endringer har skjedd.
- Gruppeintervjuer (med lydopptak) varer i ca. 90 min og omfatter diskusjoner om forståelse av kvalitet og sikkerhet, hvordan det arbeides med dette i organisasjonen, om det har skjedd endringer over tid og hvorfor.
- Observasjon innebærer at en forsker er tilstede i det daglige arbeidet på din arbeidsplass og deltar på møter, observerer samarbeid, hvordan man jobber med kvalitets- og sikkerhetsarbeid eller følger deg på jobb i løpet av arbeidsdagen.
- Spørreskjema innebærer å besvare et spørreskjema (ca. 25-30 minutter) om kunnskap, holdninger og praksis knyttet til kvalitet og sikkerhet.
- Kartlegging av forbedringsprosjekt innebærer individuelle intervjuer, gruppeintervjuer og observasjon før, under og etter aktiviteter som inngår i prosjektet «I trygge hender ved akutt funksjonssvikt hos sårbare eldre i kommunehelsetjenesten».

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes som beskrevet i formålet over. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennbare opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det betyr at opplysningene er avidentifisert. Det er kun prosjektteamet ved Universitetet i Stavanger som har

adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Lydbåndopptakene vil bli overført til en datamaskin og slettes like etter at intervjuet er transkribert. Medforskere fra Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) Rogaland, v/Stavanger kommune, USHT Sogn og Fjordane, v/Førde kommune og Songdalen kommune, samt masterstudenter som er tilknyttet prosjektet vil være med på ulike deler av datainnsamlingen og ha tilgang til transkriberte data uten navngitte personer. I de tilfeller hvor medforskere og/eller masterstudenter er med på innsamling av data vil disse også ha tilgang til datamateriale med personopplysninger. Alt materiale som inngår i studien, inkludert personopplysninger, vil oppbevares nedlåst og utilgjengelig for utenforstående. Det vil ikke være mulig å identifisere deg når resultatene fra studien publiseres. I spørreskjemaundersøkelsen kartlegges det ikke personopplysninger. Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Dato for prosjektslutt og anonymisering av alt datamaterialet er 31.7.2023.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen under. Dersom du senere har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder Siri Wiig, Universitet i Stavanger, på tlf: 51834288 eller e-post: siri.wiig@uis.no. Studien er meldt til og tilrådd av Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata [Ref: 54855 (15.8.2017)].

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

(Signert av forsker, dato)





Siri Wiig
Serviceboks 604
4809 ARENDAL

Vår dato: 15.08.2017

Vår ref: 54855 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 23.06.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

54855	<i>Ledelse av kvalitet og sikkerhet i primærhelsetjenesten - SAFE-LEAD Primary Care (Fase 2)</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Siri Wiig</i>

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

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

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en [offentlig database](#).

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.07.2023, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

Vennlig hilsen

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