

# **Oppgavetittel:**

**Co-produksjonsmetoden og praksisfellesskap-potensialet for tjenesteutvikling i NAV og DPS.**



**Universitetet  
i Stavanger**

**Institutt for Helsefag**

**Master i Helsevitenskap, Spesialisering: Rus**

**Masteroppgave 30 studiepoeng**

**Student: Ronny René Nielsen**

**Veileder: Sverre Martin Nesvaag, Tone Larsen**

**1.juni 2016**

**UNIVERSITETET I STAVANGER**

---

**MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP**

**MASTEROPPGAVE**

---

**SEMESTER:**

**Vår-2016**

---

**FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Ronny René Nielsen**

**VEILEDER: Sverre Martin Nesvaag, Tone Larsen**

---

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Norsk tittel:**

**Co-produksjonsmetoden og praksisfellesskap; potensialet for tjenesteutvikling i NAV og DPS.**

**Engelsk tittel:**

**Co-production Method and Communities of Practice; the potential for service development in a Local Welfare Office and Mental Health Services.**

---

**EMNEORD/STIKKORD:**

**Co-produksjonsmetoden, co-produksjon, brukermedvirkning, tjenesteutvikling, praksisfellesskap, sosial læring, flerstegsfokusgruppeintervjuer, innovasjon, nye tjenester, nav, DPS.**

---

**ANTALL SIDER: 59**

**STAVANGER, 1.juni.2016**

## **Innholdsfortegnelse:**

<b>Sammendrag</b>	<b>s.5</b>
<b>1. Innledning</b>	<b>S.6</b>
1.1 Begrunnelse for valg av tema	s.6
1.2 Forforståelse	s.7
1.3 Problemstilling	s.8
1.4 Tidligere forskning på området	s.11
<b>2. Teoretisk perspektiv</b>	<b>s.14</b>
2.1 Situated learning	s.14
2.2 Praksisfellesskaper	s.16
2.3 Innføring i Co-produksjonsmetoden	s.17
<b>3. Metode og analyse</b>	<b>s.19</b>
3.1 Etske vurderinger (informasjonsmøte og samtykkeskjema)	s.19
3.2 Handlingsorientert forskningssamarbeid-deltakerorientert aksjonsforskning	s.20
3.3 Flerstegsfokusgruppeintervjuer	s.21
3.4 Utvalg/informanter	s.23
3.5 Forskerroller	s.23
3.6 Steg 1 intervjuene	s.24
3.7 Steg 2 og 3 intervjuet	s.25
3.8. Analyse	s.26
3.9 Validitet- og reliabilitetskrav i min undersøkelse	s.29
<b>4. Funn-endringsforslag og tiltaksforslag</b>	<b>s.30</b>
4.1 Intervjuene steg 1, hva er felles, hva skiller dem	s.30
4.2 Steg 2 og 3 intervjuet. Hva er hovedmønstrene	s.31
4.3 Endringsforslagene og tiltaksforslagene i Dialogseminaret	s.32
4.4 Case 1, temakafe: steg 1-3	s.37
4.5 Case 2, evalueringsskjema/kartlegging, og Case 4, postkasse/idekasse: steg 1-3	s.39
4.6 Case 3, rutiner ved DPS Tronvik: steg 1-3	s.40

4.7 Case 5, rutiner for korrekt og relevant informasjon i journalføring/epikrisen	s.42
<b>5. Diskusjon</b>	<b>s.46</b>
5.1 Vurdering av validitet og reliabilitet	s.46
5.2 Hvordan bearbeides endringsforslagene i en co-produksjonsprosess til48 tiltaksforslag?	S.48
5.3 Min undersøkelse sett i lys av tidligere forskning	s.49
5.4 Læring og Praksisfellesskaper	s.53
5.5 Implikasjoner for videre praksis. Hva har min undersøkelse tilført av ny kunnskap?	S.55
<b>6. Konklusjon</b>	<b>s.56</b>
<b>Referanser:</b>	<b>s.57</b>

#### **Vedlegg: 5**

1. REK
2. NSD
3. Samarbeidserklæring
4. Samtykkeskjema
5. Intervjuguide

## **Sammendrag.**

Co-produksjon er et relativt nytt begrep, som kjennetegnes ved at brukere og profesjonelle går sammen om å utvikle nye og forbedrete tjenester til bruk i offentlig forvaltning og helsevesenet. Brukerne er ment å skulle bidra med sin brukerekspertise, og de profesjonelle med sin. Sammen søker man å utvikle nye og bedre tjenester. Denne masteroppgaven har som mål å vise hvordan flerstegsfokusgruppeintervjuer kan bidra til at co-produksjon finner sted i Co-produksjonsmetoden, og hvordan tema kan diskuteres gjennom intervjuene, og komme ut som endringsforslag og tiltaksforslag i andre enden. Forskningsmetode har vært samarbeidsforskning. Dataene ble samlet inn gjennom flerstegsfokusgruppeintervjuer, og validert underveis i et samarbeid mellom forsker og medforskere fra intervjuene. Funnene fremkommer gjennom diskusjon. Hovedmønstrene er for det første at det er stor konsensus vedrørende brukermedvirkning. For det andre at det er på tide å se på praksis og rutiner ved tjenestetilbudene, også gjennom pasientenes øyne. For det tredje at det burde være et bedre samarbeid mellom institusjoner og nav, og for det fjerde at pasientenes rettigheter i forhold til å ha innsyn i egen journal, medbestemmelsesrett for hvem som skal ha tilgang til å se denne informasjonen og hva som faktisk skal stå der. Co-produksjonsmetoden er en måte å jobbe på som sikrer deltakelse fra alle parter ved nav og rus/psykiatri behandling, fra bruker/pasient, via personell/konsulenter, til ledelse. Den sikrer brukermedvirkningsperspektivet, samtidig som den ivaretar ansatte og fagpersonellens side, og har potensiale til å påvirke utviklingen av tjenestene ved DPS og nav.

## **1. Innledning.**

### **1.1.Begrunnelse for valg av tema.**

Mars 2006 ble jeg pågrepet av mine kolleger i Oslo politiet. Jeg hadde da kjørt fra en kontroll, og i en vill biljakt, krasjet jeg inn i 7 ambassadebiler tilhørende den pakistanske ambassaden. Kroppen var full av kokain, alkohol og beroligende medikamenter. Mitt dobbeltliv hadde pågått en stund. Når jeg nå stod i fare for å miste jobben, var allikevel det eneste jeg tenkte på å skaffe mer rusmidler.

Livet ble etter hvert umulig å mestre. Jeg havnet i fengsel, og jeg utviklet en rusavhengighet som opptok all min tid. Jeg var uten bolig i flere år, uten lovlig inntekt, og levde på utsiden av samfunnet. Livet dreide seg etter hvert bare om å skaffe rusmidler for å komme meg fra den ene dagen til den neste. Til slutt mistet jeg kontakten med virkeligheten, og jeg visste ikke hva som var ekte, eller hva som var falskt, hva som var riktig eller hva som var galt.

29.11.2011 var et vendepunkt for meg. Da fikk jeg anledning til å dra i behandling. Det var starten på veien dit jeg er i dag. Først var jeg ca. 7 uker i privat 12.trinns behandling etterfulgt av en stabiliseringsperiode på et halvveis-hus i Larvik, også i 12. trinns regi. Deretter fulgte 3 mnd. med utredning/stabilisering ved en offentlig rusbehandlingsinstitusjon i Tronvik i Sogn og Fjordane.

Under oppholdet ved Tronvik, kom jeg etter hvert i kontakt med forsker Tone Larsen, som holdt på med en phd ved institusjonen. Når jeg selv begynte å forstå at jeg kunne få til et nytt rusfritt liv, kom også behovet for å hjelpe andre til å kunne få det samme. Før jeg dro fra Tronvik, 12. august 2012, tilbød jeg derfor Tone Larsen min assistanse, dersom hun skulle ha behov for det. Det viste seg at det i lengre tid hadde vært ytret et ønske fra personalet ved institusjonen, om å få en innføring i hvordan rusmidler virker, og hvilke illegale rusmidler som var mest aktuelle å bruke ved institusjonen.

Jeg ble kontaktet av Tone Larsen kort tid etter at jeg flyttet til Larvik, og spurt om jeg kunne tenke meg å undervise personalet i dette. Det sa jeg ja til, og undervisningen utviklet seg til også å omfatte litt om hvordan jeg tenker man bør møte mennesker med et rusproblem, på institusjon. Allerede her begynte mitt sterke engasjement for brukermedvirkning å utvikle seg.

Etter undervisningen, ble jeg invitert med på et møte, sammen med Tone Larsen, institusjonsleder ved post 6 der jeg selv hadde vært pasient, og to miljøpersonell ved samme post. Jeg ble forespurt om jeg kunne tenke meg å være med i Tone Larsens

forskningsprosjekt, noe som i praksis innebar å være med å utvikle Co-produksjonsmetoden. Vi opprettet da TUT-eamet (tilrettelegging- og undervisnings team), som skulle ha til hensikt å utvikle tjenestene i Co-produksjonsmetoden. Min rolle var også tiltenkt å være moderator og leder av datainnhenting i flerstegsfokusgruppeintervjuene (Hummelvol, 2010) og lede dialogseminarene (Johannessen & Natland, 2011, s.141).

Høsten 2013 begynte jeg på Master i Helsevitenskap på Universitetet i Stavanger. Samtidig skulle Co-produksjonsmetoden prøves ut, noe som dannet bakgrunnen for datainnhenting til Larsens postdok. Larsen og jeg bestemte oss derfor for at jeg skulle lede også denne prosessen med datainnhenting, og bruke disse dataene i min masteroppgave.

Under prosessene med datainnhenting, erfarte jeg at denne måten å møtes på, ikke var vanlig ved denne institusjonen og dette nav kontoret. Jeg visste på en måte dette fra før, men jeg har allikevel blitt forundret over at ansatte fra helsevesenet som har vært med i prosjektet, hadde så liten erfaring med å møte pasienter og brukere på denne måten. Ofte har jeg fått en sterk følelse av at selve prosessene har vært vel så viktige som innhenting av data.

## **1.2.Forforståelse.**

Jeg har valgt å være så åpen om min bakgrunn, fordi jeg ser hvor viktig den har vært for mine valg i etterkant, og den er viktig for meg nå, for å minne meg på egen forforståelse. For meg personlig har det også vært viktig, fordi det har gitt meg friheten min tilbake.

Det ville være direkte naivt av meg og ikke erkjenne hvor preget jeg er av årene der jeg var fanget av rus, samtidig som det ville være direkte feil å underkjenne hvor klar jeg er over dette i dag. Noen ganger tror jeg at dette har vært en styrke for meg, men jeg erkjenner at dette har vært, fortsatt er og kanskje alltid vil være en utfordring for meg, i arbeidet med å skrive en forskningsbasert oppgave. Imidlertid håper jeg at ved å være meg bevisst og tydelig på dette, vil kunne gi andre en mulighet til å vurdere om jeg klarer å være objektiv nok, og ha forsker briller på.

Jeg håper at jeg ved å bruke egenerfaringen min, kan ha bidratt til å skape trygge møteplasser for mennesker som meg, i møte med resten av fagfeltet. Jeg skal ikke påstå at jeg var like bevisst dette når jeg startet prosessene med datainnhenting, likeledes som jeg selv i dag ikke vet om jeg er meg dette bevisst nok. Jeg har imidlertid prøvd å være meg bevisst hele veien.

Dette er også et kriterium som kvaliteten av granskningen hviler på, nemlig moderators evne til å stimulere til fri og produktiv tenkning (Hummelvoll, 2010). Jeg håper jeg har klart dette.

En forutsetning for å få mennesker til å kunne bidra i grupper, er at det skapes et trygt miljø i gruppen. Når f.eks. pasienter møter personell, når brukere møter konsulenter, kreves det at det skapes trygge rammer (Hummelvoll, 2003). Dette har vært en stor utfordring for meg. På den ene siden har jeg på mange måter kanskje kunnet gi brukere og pasienter ekstra trygghet ved å gjenkjenne ubehagelige situasjoner, og derved kunne trygge dem. Men på den andre siden har det vært viktig å være klar over at jeg som tidligere bruker og pasient kanskje kunne være forutinntatt, og ta meg for mye av disse gruppene, på bekostning av de andre gruppene. Det eneste jeg kan si til mitt forsvar i så henseende, er at jeg har prøvd å være meg bevisst min rolle.

Moderators rolle er svært sentral i denne typen forskning, og jeg har derfor valgt å vie en del oppmerksomhet rundt dette. Det å gjenskape prosedyrene, gir validitet i forhold til det vitenskapelige. Men det er viktig å forstå at selv om prosedyrene blir gjenskapt, så er det ikke gitt at man får samme resultat. Overførbarheten ligger således på prosedyrenivå, og ikke på resultatnivå (Malterud, 2011, s.159).

Når jeg gikk inn som moderator og innhenter av data, hadde jeg ingen anelse om hva som kom til å skje. Jeg hadde helt klare tanker og forventninger om hva jeg trodde ville skje, men som oftest ble disse tankene og forventningene ikke oppfylt. Dette har vært fantastisk læring for meg, om meg selv, og jeg innbiller meg at jeg har vokst mye som menneske på dette.

Å skrive en forskningsbasert oppgave har vært en stor utfordring for meg. Jeg ser jeg at mine egne erfaringer kan ha kommet i veien, at min forforståelse vil kunne farge dataene. Det er jeg ydmyk på, og jeg håper jeg har lyktes med å være så objektiv som mulig, i den grad det går an å være objektiv om noe som helst.

### **1.3. Problemstilling.**

Co-produksjonsmetoden er et resultat av et phd prosjekt som ble gjennomført i Helse Førde av Tone Larsen. Studien foregikk i en rus- og psykiatri behandlingsenhet. Målet med prosjektet var å utvikle en metode som sikret personell- og brukermedvirkning i tjenesteutvikling. Intensjonene er å lage en plattform/fellesskap der man gjennom selvmyndiggjøringskurs søker å sette deltakerne i stand til å fremme sine synspunkter



gjennom flere intervjurunder (flerstegsfokusgruppeintervjuer). Deretter gjennom intervjuene, bearbeide, kna og elte saker, inntil man står igjen med endringsforslag/tiltaksforslag som man sammen har kommet frem til.

Selv om co-produksjon baserer seg på en veldig enkel definisjon- mennesker som bruker offentlige tjenester bidrar til produksjon av tjenestene- så er detaljene om hvordan dette er brukt i offentlige tjenester generelt, mer kompleks (Needham & Carr, March 2009. Rewiew date: March 2012) (Pestoff, 2012) (Osborne & Strokosch, 2013).

Co-produksjon innbefatter at mennesker ikke er passive mottakere av tjenester, og har ressurser og ekspertise, som kan bidra til å forbedre tjenestene. Co-produksjon er en potensielt transformerende måte å tenke på vedrørende makt, ressurser, partnerskap, risiko og resultat, ikke en hyllevaremodell av tjenestetilbud eller en enkel magisk løsning (Needham & Carr, March 2009. Rewiew date: March 2012).

Tone Larsens jobbet ut fra problemstillingen:

1. Hva kan gjøres for å forbedre tilbudet (ved nav Høyanger og post 5 Tronvik), og hva ville dere gjort?

Det som spesielt var ønskelig å se på var:

- 1.1.Hva er bra?
- 1.2.Hva er dårlig?
- 1.3.Hva er forbedringspotensialet her?

Ønskelige oppfølgingsspørsmål, hvis informantene selv ikke kom innpå dette i intervjuene var:

2. Hva er pasienten/brukerens ansvar?
3. Hva er personalets ansvar?
4. Hva er ledelsens ansvar?
5. Hva er vårt felles ansvar?

Stikkord: Evaluere det som er, kompetansehevingsbehov, potensialet ved institusjonen og nav, samt nåværende og potensialet for fremtidig samhandling mellom nav Høyanger og Post 5. (se også vedlagte intervju guide). Dette utgjorde også intervjuguiden jeg arbeidet etter, og ble utviklet av undertegnede og Tone Larsen i fellesskap.

For ikke å tråkke for mye i Larsens bed, har jeg vært nødt til å formulere en annen problemstilling, og se på dataene med nye briller, i et retroperspektiv. Hva denne problemstillingen skulle være, visste jeg ikke når jeg startet datainnhenting.

Etter hvert som jeg begynte å ta forskerbrillene på, etter hvert som jeg selv utviklet min forståelse av egen forforståelse, og prøvde å se materialet og prosessen fra andre vinkler og med andre briller, så dukket det stadig opp nye spørsmål. Var de endringsforslagene som kom et resultat av metode og prosedyre, eller bare et resultat av prosessen? Kunne i så fall prosessene vært initiert på andre måter enn gjennom Co-produksjonsmetoden? Var endringsforslagene et resultat av noen sterke personer som fikk snakket frem sine ideer? Lå endringsforslagene allerede latent i gruppa, eller ble de produsert som et resultat av prosessen? Kunne man si at tiltakene som ble fremmet i dialogseminaret endret praksis i behandling, tjenestene i nav? Hva nytt bringer i så fall min studie?

Først hadde jeg en problemstilling som lød: Hvordan kan Co-produksjonsmetoden endre praksis i behandlingen ved institusjon og tjenestene ved nav?

Når jeg tok forskerbrillene på og begynte å analysere materialet mitt, innså jeg etterhvert at jeg ikke hadde data som kunne si noe om dette, noe veileder også påpekte. Jeg laget en ny problemstilling, som er problemstillingen jeg har jobbet etter i analysen:

### **Hvordan bearbeides endringsforslag i en Co-produksjonsprosess, til tiltaksforslag?**

Jeg ønsker også å undersøke følgende:

- 1. Hva skjedde i gruppene? Hvilken informasjon kommer frem og bearbeides, og hvordan bearbeides den?**
- 2. Hvilke tiltak kom frem gjennom prosessen?**
- 3. Hvilke implikasjoner kan dette ha for fremtidig praksis i de aktuelle tjenestene?**

For å kunne besvare disse forskningsspørsmålene, må jeg også kunne si noe om intensjonene i Co-produksjonsmetoden er fulgt opp. Har den faktiske prosessen holdt opp mot intensjonene funnet sted? Eller sagt med andre ord: Har det skjedd co-produksjon? Dette vil jeg undersøke.

Det er også nødvendig å se på om endringstiltakene er diskutert for og imot? Er det et resultat av en gruppedynamikk? Eller er det et resultat av sterke personligheter? Dette vil jeg også undersøke.

#### **1.4.Tidligere forskning på området.**

Tonje Larsen skriver doktorgrad på Co-produksjon. Larsen er ikke ferdig, og hennes forskning er ferd med å publiseres. Det er derfor ikke mulig å si noe om hennes resultater. Jeg har derfor valgt ut en artikkel fra Osborne og Strokosch (Osborne & Strokosch, 2013) og utdrag fra en bok der Pestoff (Pestoff, 2012) bidrar. Den første konkluderer med å dele inn co-produksjon i 3 modus, forbruker-, deltagende- og forbedrende co-produksjon. Pestoff trekker linjer til NPM (New Public Management) og NPG (New Public Governance). Både Pestoff og Osborne og Strokosch er viktige for å forstå co-produksjonens potensiale, og kan kaste lys over min undersøkelse. Jeg vil prøve å klargjøre dette under.

Co-produksjons konseptet ble opprinnelig utviklet av Nobel Laureate Elinor Ostrom og ved «Workshop in Political Theory and Policy Analysis at Indiana University» på 1970-tallet. De utfordret den dominerende teorien fra urbane regjeringer, der retningslinjene foreslo en massiv sentralisasjon av offentlige tjenester. De fant ingen støtte for påstandene om fordelene ved store byråkratier. De innså også at produksjonen av tjenester, i kontrast til varer, var vanskelig uten en aktiv deltakelse fra de som mottok tjenestene (Pestoff, 2012). De utviklet således begrepet co-produksjon, for å beskrive det potensielle forholdet som kunne skapes mellom ordinære produsenter (politibetjenter som jobbet på gaten, lærere eller helsearbeidere) og deres klienter som ønsket at tjenestene skulle transformere dem til tryggere, bedre utdannede eller friskere personer (Parks & et al, 1981 & 1999). Co-produksjon flytter brukermedvirkning fra at brukerne bare blir informert og konsultert, mot likeverdig partnerskap, slik at det offentlige tjenesteyterapparatet og borgerne i sammen kan bidra til tjenesteyting i et co-produksjonsforhold.

Victor Pestoff trekker linjene mellom NPG (New Public Governance) og co-produksjon. Han hevder at co-produksjon er et kjerneelement i NPG, og fremmer en blanding av offentlige tjenester og borgere som bidrar til levering av offentlige tjenester (Pestoff, 2012). Han peker på at mange regjeringer i Europa i dag søker etter nye måter å involvere borgerne på i bestemmelsen og styringen av offentlig finansierte sosiale tjenester. Han mener at begrunnelsene til dette på et generelt nivå, er de samme over hele Europa.

For det første utfordringen med en befolkning som blir eldre. For det andre det økende demokratiunderskuddet på alle nivå i Europa, lokalt, regionalt og nasjonalt. For det tredje innstramminger i de offentlige finansene, synliggjort gjennom den siste globale økonomiske krise.

Pestoff peker på at responsen til disse tre utfordringene vil variere fra land til land, men at det likevel er mulig å observere noen generelle trender. For det første fremveksten av større frivillighet. For det andre fremveksten av nye og annerledes måter å involvere brukere av sosiale tjenester, som co-produsenter av egne og andres tjenester. For det tredje utviklingen av brukerråd eller andre måter for funksjonell representasjon på lokalt nivå, for å engasjere brukere i dialog om offentlige tjenester, og for å overvåke at brukerdeltakelse i bestemmelsen og utøvelsen av slike tjenester. For det fjerde spredningen av nye metoder for co-management og co-styring av sosiale tjenester, hvor den tredje sektor (frivillige organisasjoner) spiller en mer fremtredende rolle i ulike europeiske land. Sammen representerer de en betydelig sosial innovasjon i offentlig tjenesteyting, og innebærer et annet forhold vis a vis staten (Pestoff, 2012).

Pestoff peker på noen avgjørende konseptuelle spørsmål relatert til den internasjonalt økende akademiske interessen når det kommer til co-produksjon, og at disse må undersøkes og gjøres mer synlige. Det ene er definisjon av co-produksjon og analyse nivå. Det andre er relasjonene mellom profesjonelle tjenestetilbydere og deres klienter. Det tredje er borgeres motivasjon for å engasjere seg i co-produksjon av sosiale tjenester. Det fjerde er borgeres motiver for å engasjere seg i kollektiv handling for sosiale tjenester. Det femte er co-produksjon som individuell handling, kollektiv aksjon eller begge. Pestoff redegjør nøye for alle disse perspektivene (Pestoff, 2012).

Stephen Osborne og Kirsty Strokosch foreslår i artikkelen «It takes two to tango?» en teoretisk utvikling i forståelsen av co-produksjon i offentlige tjenester. De integrerer innsikten fra to distinkte teoretiske perspektiver (offentlig administrasjon og tjenesteledelse), for, som de sier, «å forbedre klarheten i vår oppmerksomhet vedrørende co-produksjon» (Osborne & Strokosch, 2013). Dette har, mener de, bidratt til fødselen av en viktig konseptuell forståelse av co-produksjon, som har dannet rammeverket for tre moduser av co-produksjon. De deler disse inn i forbruker (consumer)-, deltakende (participative)- og forbedrende/forsterkende (enhanced) co-produksjon undertegnedes oversettelse). Dette rammeverket gir både muligheter og begrensninger for co-produksjonen.

Osborne og Strokosch konkluderer med at på den ene siden så utvider tjenesteledelsesperspektivet vår forståelse av co-produksjon i offentlige tjenester, gjennom å tilby en mer presis beskrivelse av tjenesteproduksjonsprosessen på et operasjonelt nivå. Den første modusen fokuserer på et operasjonelt nivå av offentlige tjenester, og konseptualiserer co-produksjon som en ufravikelig del av offentlig tjenestelevering. Det hjelper oss til å forstå

det iboende potensialet av co-produksjon i utøvelsen av enhver tjeneste, offentlig eller privat, og knytter oss til bruker empowerment (Vargo, Maglio, & Archpru Akaka, 2008).

Forvaltningslitteraturen gir på den andre siden innsikt i co-produksjon på et strategisk planleggingsnivå. Den andre modusen av co-produksjon fokuserer på det strategiske nivå i planlegging av tjenestene. Det hjelper oss til å forstå hvordan dette kan knyttes til individuell og samfunns deltakelse i planleggingen av offentlige tjenester, og dens begrensninger (Bovaird, 2007) Et nøkkelement i slik strategisk co-produksjon er bruker deltakelse (Simmons & Birchall, 2005). Slik deltakende co-produksjon søker å sikre deltakelsen av tjenestebrukere i utformingen og forbedringen av planleggingen, og derved øke effektiviteten, av tjenestene. Arnstein er en tilnærming som har vært brukt for å utforske realitetene i denne modusen av deltakende co-produksjon (Arnstein, 1969), men den har også blitt kritisert (Tritter & McCallum, 2006). Deltakelse i planlegging kan i realiteten strekke seg fra kosmetiske og begrensende former for co-produksjon (som offentlige møter og konsultasjoner hvor det ikke er noen forpliktelse til å handle), til former hvor brukere kan ha en direkte effekt på utviklingen av tjenestene (Bovaird, 2007).

Til slutt konkluderer de med at gjennom å kombinere innsikten fra begge disse to perspektivene, kan man fremme konseptet om forbedret co-produksjon. Denne konseptuelt nye kategorien tilbyr en innsikt inn i brukerstyrt ledelse som en prosess i offentlig tjenesteinnovasjon og reform. I denne tredje modusen er forbrukerbaserte mekanismer i utviklingen av offentlige tjenester på et operasjonelt nivå, kombinert med deltakende på et strategisk nivå, for å gi en potensielt transformativ effekt på offentlige tjenesteytelser, brukerstyrt innovasjon, og en ny form for offentlige tjenestelevering (Osborne & Strokosch, 2013). De omtaler dette som en mulig transformasjon av tjenesteyter paradigmat. Bruker styrt co-produksjon formulerer rollen til brukeren som en drivende kraft for transformativ innovasjon, og tilrettelegger for å samskape nye prosesser og nye former av offentlige tjenester.

I forhold til min undersøkelse er det spesielt hvordan co-produksjon blir definert og analysert, og relasjonene som oppstår mellom profesjonelle tjenestetilbydere og klientene, som er interessant. Min undersøkelse bygger på forståelsen av co-produksjon som partnerskap mellom borgerne og offentlige tjenesteytere, der de sammen skaper nye og bedre tjenester. Jeg håper Wenger og Laves teorier vil kunne si noe om relasjonene som oppstår mellom de profesjonelle og klientene, når de møtes i et partnerskap.

## **2. Teoretisk perspektiv.**

Lave og Wenger (Lave & Wenger, 1991) sier at læring er kulturelt betinget, og skjer gjennom sosialisering, og Wengers teori om praksisfellesskaper (Wenger, 2004), sier noe om hva som kan ha skjedd med deltakerne som har vært med gjennom prosessen «Co-produksjonsmetoden». Dette er viktig å si noe om, fordi det er et kriterium for at Co-produksjonsmetoden er oppfylt, og derved om min problemstilling er undersøkt skikkelig, at deltakerne er i stand til å utvikle kunnskap (her i form av endringsforslag og tiltaksforslag) sammen.

Wengers læringsteori om praksisfellesskaper, kan stimulere til økt interesse for sosial samhandling og uformell læring ved f.eks. en arbeidsmetode som Co-produksjonsmetoden, i helsevesenet og nav. Teorien beskriver hvilke faktorer som må være til stede for at mennesker skal ta hverandres kompetanse i bruk, og hvordan små praksisfellesskaper kan utvikle seg og gi motivasjon til ny læring, og nye identiteter. Wenger har hentet sine studier fra næringslivet. Jeg trekker linjer til det offentlige, helsevesenet og nav.

Kompetanse vektet ofte i studiepoeng som er oppnådd ved en av de offentlige utdanningssituasjonene våre. Jo høyere grad, dess høyere kompetanse. Men til tider har mennesket utviklet ny kunnskap gjennom å lære av hverandre i praksis og av å videreutvikle denne kunnskapen til å finne opp ny kunnskap eller handlingsmønstre. Dette er ikke noe nytt, men i løpet av de siste ti-årene er denne læringsteorien blitt satt i system på en annen måte av Etienne Wenger. Hans sosiale læringsteori har blitt anerkjent av både private og offentlige institusjoner og organisasjoner.

### **2.1. Situated learning.**

Situated learning er en teori om hvordan individer tilegner seg profesjonelle ferdigheter og som gjennom legitim perifer deltakelse, leder til medlemskap i et praksisfellesskap. Situated learning har fokus på sammenhengen mellom læring og den sosiale konteksten den finner sted.

Perspektivet kan stå som et alternativt syn på læring. I stedet for å definere læring som en individuell prosess der man ser på hvilke kognitive prosesser og konseptuelle strukturer som er involvert, så kan læring sees på som en sosial co-deltakelse, der man spør seg hva slags engasjement som gir riktig kontekst for at læring skal finne sted.

Situated learning ble først foreslått av Jean Lave og Etienne Wenger som en modell for læring i et praksisfellesskap. Denne typen læring lar en person (student/elev) lære gjennom sosialisering, visualisering og imitasjon. I sin enkleste form foregår situated learning i samme konteksten den er brukt. Lave og Wenger (Lave & Wenger, 1991) hevder at læring ikke bør sees på som bare en overføring av abstrakt og dekontekstualisert kunnskap fra en person til en annen, men som en sosial prosess der kunnskap er laget i fellesskap (co-produsert). De foreslår at slik læring ligger i en bestemt sammenheng og integrert i et spesielt sosialt og fysisk miljø som de gav betegnelsen Communities of Practice. På norsk har begrepet fått benevnelsen praksisfellesskap (Rundberg, 2009), som beskriver et begrep for uformelle, lærende arbeidsgrupper som grunnlag for kompetanseutvikling.

De viktigste elementene i Situated Learning er innhold (fakta og prosesser av en oppgave), kontekst (situasjoner, verdier, miljø, signaler), samfunnet (gruppen der eleven skal forhandle) og deltakelse (der en elev jobber sammen med andre for å løse problemet). Situated Learning handler om ens kunnskap om en aktivitet, og hvordan den skapes og tolkes.

**Innhold:** I Situated Learning blir ikke den bevarte (allerede eksisterende) betydningen av innholdet vektlagt. Man ser mer på den reflekterende og høyere orden tenkingen, hvor resultatene man fikk brukes til å løse problemene i dagliglivet.

**Kontekst:** Det er bruken av produktet eller resultatet til rett tid, sted og situasjonen i det sosiale, psykologiske og materielle miljø, som er viktig. Det skaper en plattform for å undersøke erfaringer.

**Samfunnet:** Det hjelper eleven til å skape, tolke, reflektere og danne betydninger. Det gir mulighet til å dele erfaringer blant elevene, og også til å samhandle.

**Deltakelse:** Det er her utveksling av ideer, problemløsning og at eleven engasjerer seg, finner sted. Dette skjer i en sosial setting, som inkluderer å reflektere, tolke og forhandle blant deltakerne i lokalsamfunnet (f.eks. fokusgrupper).

Lave og Wenger hevder at Situated Learning ikke er en pedagogisk form, langt mindre en pedagogisk strategi. Men siden utgivelsen av boken (Lave & Wenger, 1991), så har andre forfektet ulike pedagogiske perspektiver, som innehar elementer av Situated Learning.

## 2.2. Praksisfellesskaper.

På midten av 1990-tallet gjorde Wenger en stor kvalitativ undersøkelse av samarbeidsmetodene i en forsikringsbedrift (Wenger, 2004), der han studerte hvordan en av de kvinnelige ansatte, under sterkt tidspress og svært effektivt, fikk behandlet forskjellige forsikringskrav ved å be om hjelp fra andre når hun selv ikke fant ut hvordan nye krav skulle håndteres. Slik klarte hun å øke akkorden og dessuten samtidig hjelpe kolleger i en hektisk hverdag, ettersom også hun hadde utviklet sin egen spisskompetanse på ulike felt.

Læringsteorien om praksisfellesskap (Wenger 1998) har etter Wengers systematisering blitt tatt i bruk som en hjørnestein i kunnskapsstrategien til mange organisasjoner verden over.

Denne måten å tenke læring på sammenfaller godt med brukermedvirkning, og gir et godt bilde over hvorfor kunnskap bør skapes i et partnerskap (co-produksjon) når det kommer til offentlige tjenester. Dette er ikke noe nytt, men vi har kanskje ikke vært flinke nok til å se nytten i helsevesenet. Det har sikkert vært mange forsøk og gjort mye godt arbeid på denne måten, uten at det eksplisitt har vært tenkt på som praksisfellesskaper, eller vært sett i lys av Wengers teori.

Wenger beskriver teori om læring som identitetsforandrende deltakelse i spesifikke praksisfellesskaper. Hans tanker er at utvikling av identitet og praksis foregår i en gjensidig læringsprosess. Wenger viser gjennom sitt arbeid, at det er primært menneskelig kompetanse som er kilde til motivasjon, kreativitet og problemløsning, og at disse kompetanser derfor medvirker til å skape verdi i den moderne økonomi. Wenger sier selv:

*Praksisfellesskap er grupper av mennesker som deler en bekymring eller et felles engasjement for noe de arbeider med- og slik lærer de av hverandre hvordan de stadig kan gjøre det bedre fordi de samhandler regelmessig (Rundberg, 2009).*

Gitt at dette er riktig, så kan det være nærliggende å trekke paralleller til Co-produksjonsmetoden.

I boka (Wenger, 2004) beskriver Wenger nærmere hvilke faktorer som må være tilstede for at kolleger skal ta hverandres kompetanse i bruk, og hvordan små praksisfellesskap kan utvikle seg og gi motivasjon til ny læring. For å få det til mener Wenger man først må ta utgangspunkt i hva man mener med læring. Man må ha et videre perspektiv på læring enn noe som kan defineres, pakkes og selges som en målt verdi. En slik tankegang mener han tilhører industrialismens kunnskapsforståelse, som han anser som utdatert i dagens samfunn. Læring



er å være i konstant endring. Læring er en del av vår identitet og vårt indre, sier han. Essensen ved å være menneskelig er å finne sammenhengen mellom å inneha en egen identitet og ta egen erfaring i bruk til ny læring i den sosiale verden. Det vi kan bidra med, formes på det stedet vi holder til, i den arbeidskulturen vi er en del av. Derfor er det sosiale fellesskapet på arbeidsplassen viktig. Det gir mening, skaper diskusjoner, liv og røre. Arbeidsplassen må om nødvendig tilrettelegges for å gi enda bedre betingelser for at flere skal bli engasjerte og delta med sin kompetanse.

Denne måten å tenke på passer godt inn med tanker om «Pasientens Helsevesen», om brukermedvirkning, og å bruke erfaringskompetanse i drift og utvikling av nye offentlige tjenester. Pasienten skal tas med. Wengers teori om Praksisfellesskaper, kan si noe om hva som skjer i Co-produksjonsmetoden, når mennesker møtes og diskuterer frem ny kunnskap i flerstegsfokusgrupper og dialogseminar.

Denne sosiale læringsteorien kan føre til en fullstendig omveltning av den offentlige læringsdiskursen, og få frem i lyset all den underbevisste kunnskapen som mange mennesker besitter, mener Wenger. Hvis samfunnet adopterer noe av denne teorien, vil den kunne bli en del av en større diskurs. Dette korrelerer godt med forskning på co-produksjon (Osborne & Strokosch, 2013) (Pestoff, 2012).

Det anses som nødvendig å gi en kort innføring i Co-produksjonsmetoden. Co-produksjonsmetoden anses således som en del av mitt teoretiske perspektiv. For å kunne belyse problemstillingen min, så må intensjonene i Co-produksjonsmetoden være oppfylt. For at leseren skal kunne vurdere dette, må han ha innsikt i hva Co-produksjonsmetoden er.

### **2.3. Innføring i Co-produksjonsmetoden.**

Co-produksjonsmetoden er et resultat av et phd prosjekt som ble gjennomført i Helse Førde av Tone Larsen. Studien foregikk i en rus- og psykiatri behandlingsenhet. Målet med prosjektet var å utvikle en metode som sikret personell- og brukermedvirkning i tjenesteutvikling.

Metoden gjennomføres i tre faser. Oppstart, utprøving og opplæring. Noen av verktøyene er kursing som fremmer individets selvmyndiggjøring, fokusgruppeintervjuer (Hummelvol, 2010), og dialogseminar (Johannessen & Natland, 2011). Empowerments tanken (Askheim, 2012) går som en rød tråd gjennom metodeimplementeringen. Metoden er ankerfestet i en

grunnlagsfilosofi om at brukermedvirkning er et gjensidig partnerskapssamarbeid, hvor faglig kompetanse og brukerkompetanse er likeverdige, og komplementære (Hummelvoll, 2003).

Erfaringer fra pilotstudien tilsa at det var et behov for å prøve ut, evaluere og kvalitetssikre co-produksjonsmetoden, for å kunne sikre at den også i andre kontekster ville bevare medvirkningsaspektet.

Undertegnede ledet datainnsamlingen i oppfølgingsstudien hvor Co-produksjonsmetoden ble utprøvd. Studien foregikk i Helse Førde i samarbeid med NAV, og ble avsluttet i mai i 2014.

Deltakere i denne metodeutprøvingen har vært pasienter, personell og ledelse fra spesialisthelsetjenesten, samt brukere, konsulenter og ledere fra NAV. Co-produksjonsmetoden tilrettelegger også for å kunne involvere andre deler av sosial- og helsetjenestene, evt. andre relevante tjenester. Metoden kan brukes tverrfaglig, eller bare for den enkelte avdeling, og kan også involvere pårørende.

Det bygges opp en refleksiv prosess mot dialogseminaret, hvor både pasienter/brukere, personell/konsulenter og ledelse deltar i så vel selvmyndiggjøringskurs som fokusgruppeintervjuer. I fokusgruppeintervjuene evalueres tjenestene, og forutsetningene for forbedring av tjenestene kartlegges.

Temaene blir så videreført til et Dialogseminar, hvor det blir foreslått endringsforslag og tiltaksforslag. Dette ledes av moderator og deltakende observatør (se metodekapitlet) (Johannessen & Natland, 2011).

Man starter med en presentasjon av de funn og data man ser på som de viktigste, fra intervjurundene. Dette danner så grunnlaget for videre bearbeiding og diskusjon i grupper. Gruppene presenterer en oversikt over de emnene de mener er de viktigste, i denne sammenheng de kategorier som man mener best kan gi et bedre behandlingstilbud.

Ut fra hva som kommer frem i gruppene, blir det så tatt tiltak med ansvarspersoner som skal iverksette tiltaket, tidsfrist og fremdrift for når tiltaket skal være iverksatt, og når tiltaket skal evalueres.

Jeg går nå over på å beskrive metoden.

### 3. Metode og analyse.

#### 3.1. Etiske vurderinger (informasjonsmøte og samtykkeskjema).

Det var viktig å forankre prosessen i ledelsen. Det ble derfor holdt et informasjonsmøte med ledelsen ved DPS Tronvik og nav Høyanger. Her ble det informert om hva prosessen ville gå ut på, og hva som ble krevde for å få dette til. Lederne informerte aktuelle deltakere ved nav og posten, både personell/konsulenter og pasienter/brukere.

Deretter ble det avholdt et informasjons- og rekrutteringsmøtene hvor det ble informert og rekruttert deltakere til forskningen. Deltakerne ble informert om at alt som ble presentert av data, ville bli anonymisert. Samtykkeskjema ble utlevert og signert av alle som ønsket å være deltakere. Man ble informert om at man kunne trekke seg på ethvert stadium av forskningen, og at det vedkommende da hadde kommet med, ikke ville bli brukt i forskningen, hvis ikke personen samtykket til dette.

Godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning (REK) og Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) foreligger (se vedlegg). Materialet har til enhver tid vært nedlåst i henhold til gjeldende retningslinjer. I tillegg er det opprettet en egen server i Helse Førde, som materialet er tilgjengelig på.

Inklusjonskriterier var at alle måtte ha tilknytning til tjenestene enten som bruker eller yter, og at man ikke skulle være ruset. Vi hadde også med LAR-pasienter, og det kunne noen ganger være en utfordring å skille mellom de som var bare påvirket av medikamenter, og de som var direkte ruset.

I disse vurderingene opplevde jeg å ha nytte av egenerfaringene mine. Bare i et tilfelle ble det en sak der ene deltakeren var for ruset. Det som da skjedde var at personen selv tok kontakt med meg, og sa at han følte seg for ruset til denne gangen å kunne delta på intervjuet. Jeg tror at personen tok kontakt med meg, fordi han visste at jeg var tidligere bruker, og at han hadde tillitt til at jeg ville forstå. Personen deltok på andre intervjuer, så denne stemmen ble også hørt. Dette er selvfølgelig min subjektive vurdering av situasjonen, prøvd fremlagt objektivt.

Alle deltakerne som ikke var der i egenskap av å være ansatt, fikk et gavekort for hvert oppmøte på kr. 300,-. Ansatte fikk ikke dette. I praksis betydde dette at pasienter og brukere ble gitt gavekort, men også studenter som var med, fikk dette. At det skulle gis gavekort var Tone Larsens avgjørelse. Undertegnede var også enig i at dette skulle gjøres. Det var for oss rart at noen skulle ha betalt for å være der, mens andre ikke skulle ha noe igjen for det. Det

var også en måte å vise at man anså verdien til deltakerne like høyt. Noen vil kanskje hevde at en drivkraft for mange for å være med, var gavekortene. I så fall ser jeg ikke noe etisk galt i det. Vi ønsket tilgang på informanter, og synes det var rimelig at alle hadde noe igjen for det, lønn eller gavekort. Andre vil kanskje hevde at det ikke hadde noen innvirkning på oppmøtet.

Jeg går nå over på å beskrive hvordan jeg har brukt flerstegsfokusgruppeintervjuer som metode. Jeg vil prøve å være nøye av to grunner. For det første slik at min forskning kan etterprøves, og for det andre for å prøve å vise at det jeg har gjort er vitenskapelig basert, og ikke bygger på tilfeldigheter. Det er allikevel viktig å forstå, at selv om alt gjenskapes nøyaktig likt det jeg gjorde, så er det ikke sikkert man vil få samme resultat. Det er for så vidt heller ikke målet. Vi snakker således om overførbarhet på prosedyrenivå, ikke resultatnivå (Malterud, 2011, s.159).

Før jeg går i gang med å redegjøre for hvordan jeg har gått fram i metoden, så vil jeg bruke litt plass på å si noe generelt om hva handlingsorientert forskningssamarbeid er, og hva som kjennetegner deltakerorientert aksjonsforskning. Dette fordi validiteten i mine data blant annet hviler på at metodens prinsipper er fulgt. Derfor er det også viktig at leseren har en forståelse for hva handlingsorientert forskningssamarbeid i form av deltakerorientert aksjonsforskning innebærer.

### **3.2. Handlingsorientert forskningssamarbeid-deltakerorientert aksjonsforskning.**

Jeg har gjennomført et handlingsorientert forskningssamarbeid, en kvalitativ studie basert på flerstegsfokusgruppeintervjuer. Handlingsorientert forskningssamarbeid er en del av aksjonsforskningstradisjonen, og er en strategi hvor man arbeider for endring samtidig som man bruker prosessen til å lære ny kunnskap og utvikle ny kunnskap. Denne tilnærmingen er utviklet i grensesnittet mellom samfunnsvitenskapelig forskning, og politisk aktivitet (Malterud, 2011), og sikter særlig mot påvirkning av sosiale systemer.

Deltagerorientert aksjonsforskning betyr at jeg har hatt en «bottom-up-tilnærming», hvor fokuset har vært på lokalt definerte prioriteringer og perspektiver. Hovedkjennetegnet på dette er at min forskningsstrategi ikke har lagt i metoden, men i mine holdninger, noe som har hatt betydning for hvordan forskningen har blitt utformet og gjennomført (Hummelvol, 2010). Deltakerbasert aksjonsforskning kjennetegnes av at den har vært refleksiv, fleksibel og prosessuell, i motsetning til mer lineære forskningsopplegg i tradisjonelle tilnærminger.

Deltagerorienteringen medfører at tradisjonelle forskningsmetoder (slik som intervjuer, deltagende observasjon, spørreskjema og fokusgruppeintervju) anvendes på nye måter med aksjonsformål, sammen med lokale representanter fra det felt forskningen foregår. I mitt tilfelle nav Høyanger og DPS Tronvik. Graden av deltakelse varierer, alt fra periodisk deltagelse i deler av prosjektet, til sammenhengende samarbeid gjennom hele forskningsprosessen.

Forskningstilnærmingen bygger på tre innbyrdes sammenhengende aspekter; deltagende og helhetlig viten, kritisk subjektivitet og kunnskap i handling. Deltagende og helhetlig viten inneholder begreper som helhet, kompleksitet, empati og deltagelse. Fokusering på helhet betyr at man hverken er interessert i fragmentert kunnskap eller teoretisk kunnskap som er skilt fra praksis og erfaring. Kritisk subjektivitet er en kvalitet i vår bevissthet som kan bidra til å overstige splittelsen mellom objektivitet og subjektivitet. Erfaringen fokuseres bevisst som en del av forskningsprosessen. I denne kritiske bevissthet er man klar over at man ser verden som sin verden, og ikke som Verden (Hummelvol, 2010).

Denne tilnærmingen til kunnskapsdannelse i praksis skjer gjennom en granskningsprosess der deltakerne både er medforskere (hvor de med sin tenkning og sine avgjørelser bidrar til å skape ideer, utforme og gjennomføre prosjektet og trekke konklusjoner ut fra erfaringene), og medsubjekter som deltar i den virksomhet som studeres (Hummelvoll, 2003).

Mens forskere tradisjonelt forutsetter at de selv er selv-styrt, og dem det forskes på er andre-styrt, betraktes alle involverte i handlingsorientert forskningssamarbeid som selv-styrte personer som bidrar både med kreativ tenkning og utforming av forskningsprosessen (Hummelvol, 2010).

Aksjonsforskeren skal aldri påta seg å bevise sine funn. Målet er å vise frem et sammenfattet sett av erfaringer, der dokumentasjonen skal vise at dette er et produkt av systematisk og kritisk refleksjon (Hummelvol, 2010). Alle sannheter er bare midlertidige.

I neste avsnitt vil jeg redegjøre for flerstegsfokusgruppeintervjuer som metode.

### **3.3.Flerstegsfokusgruppeintervjuer.**

Metoden som er brukt er fokusgruppeintervjuer med en flerstegstilnærming.

Fokusgruppeintervjuer karakteriseres av at forskeren frembringer data som er basert på dialog i en gruppe (4-12 deltagere) knyttet til et fokusert område som er bestemt på forhånd.

Gjennom metoden har jeg fokusert på gruppedynamiske elementer og en kvalitativ tilnærming for å frembringe god datakvalitet (Hummelvol, 2010). Det har vært en forutsetning at undersøkelsen av det fokuserte tema har skjedd i en trygg atmosfære, preget av en åpen og granskende holdning. Alle synspunkter og erfaringer har blitt verdsatt like mye, og forventet å bli møtt med interesse. Det som særlig kjennetegner metoden, er at gruppedynamikken vies oppmerksomhet og nedtegnes i feltnotater fra samlingen. Jeg har søkt variasjon og bredde i synspunktene, noe som jeg håper har betydd at både konsensus og divergens i oppfatninger og erfaringer relatert til temaet, har blitt løftet frem og gransket. Målet har ikke vært å komme frem til en samstemt oppfatning, men at det endelige resultatet av forskningen har ivaretatt bredde, variasjon og nyanser på en måte som har gitt en helhetlig fremstilling av hva som er undersøkt.

Det som karakteriserer flerstegsfokusgruppe som metode er for det første at samme gruppe undersøker et fokusert problem, tema eller fenomen gjennom flere møter. Metoden er å forstå som undersøkende kunnskapsdialoger som fokuserer erfaringsnært, og dermed personlig tolket materiale. I sterkere grad enn ved tradisjonelle fokusgruppeintervjuer, søker man å etablere gruppefølelse både gjennom samspill og økt kjennskap mellom deltakerne. Målet er at granskningen skal være preget av større ro enn, om alt skal sies i et intervju. Målet er at det diskuterte tema stadig perspektiviseres, nyanseres og utdypes gjennom eksempler fra hverdagsliv og praksis, og på grunnlag av erfaringer som er gjort i perioden mellom intervjuene.

Et annet kjennetegn ved flerstegsfokusgruppeintervjuer er gruppesammensetningens bevegelse. Med det menes at den opprinnelige gruppesammensetningen kan endres ved de påfølgende samtaler (Hummelvol, 2010). I og med at gruppesamlingene strekker seg over tid, vil det være slik at ikke alle som møtte første gang, har mulighet til å stille ved neste samtale. Følgelig kan et eller flere medlemmer komme til ved de påfølgende samtalene. Dette kan være en fordel fordi gruppeeffekten med mer eller mindre press i konsensus, kan utfordres av nye medlemmer som har alternative synspunkter. Imidlertid er det viktig å ha noen kontinuitetsbærere i gruppen, slik at kjerneprosessen i kunnskapsdannelsen beholdes.

### **3.4.Utvalg/informanter.**

Man oppnådde adgang via at Tone Larsen som forsker også tidligere hadde forsket i Helse Førde. Hun tok kontakt med ledelsen ved Eid og Tronvik. Disse varslet så, slik at man fikk til et informasjons og rekrutteringsmøte for DPS Tronvik og nav Høyanger.

I alt var det 43 informanter tilknyttet nav Høyanger og DPS Tronvik (fordelt på 19 brukere/pasienter, 14 personell/konsulenter, 4 ledere, og 6 studenter fra DPS Tronvik), og 35 informanter fra Eid og nav Måløy (fordelt på 14 pasienter/brukere, 16 personell/konsulenter, 3 ledere, og 2 studenter). Antallet er medregnet alle intervjuer og dialogseminaret.

Data utvalget bestod av til sammen 16 intervjuer og 6 dialogseminarer. Jeg endte opp med å fokusere på T3 prosessen (se vedlagte Forskningsmetodiske presentasjon av Co-produksjonsmetoden) ved nav Høyanger og DPS Tronvik. Dataene jeg da etter hvert hadde å forholde meg til, var 5 intervjuer, og 1 dialogseminar.

Det var en stor utfordring å holde intervjuene på en institusjon og et relativt sett lite nav kontor. Det var ikke mulig å samle flere enn 1 leder fra hver av de representerte tjenestene. Dette var i utgangspunktet lite, men det var det som var mulig å få til. I tillegg var det vanskelig å få organisert møter der flest mulig kunne møte. Det innebar at intervjuene noen ganger ble flyttet. Dette var selvsagt uheldig, men var dog en nødvendighet.

### **3.5.Forskerroller.**

I metoden flerstegsfokusgruppeintervju, er deltakerne å forstå som medforskere.

Møtereferatene, analysen og tolkningen av materialet ble av den grunn gjort til gjenstand for diskusjon.

Gruppene ble ledet av undertegnede som var moderator, og personell fra DPS Tronvik, som var deltakende observatør. Rollene var klart skilte, i den forstand at undertegnede var ansvarlig for å stimulere samtalen, slik at alle fikk komme til ordet. Jeg var også ansvarlig for å underbygge samtalens granskende karakter, ved å be om utfyllende svar, og eksemplifikasjon, utdyping og undersøkelse. Der jeg mente det var behov for det, prøvde jeg å hjelpe medforskerne til å oppsummere lengre utsagn. Min oppgave var også å observere gruppens indre liv, om noen var for aktive, eller noen ikke fikk komme til.

Det var hele tiden en avveining mellom ikke å være for kontrollerende eller styrende, men samtidig heller ikke være for lite styrende, slik at fokuset glapp. Undertegnede prøvde å være en god hermeneutiker, der det var en finstemt balanse mellom å utfordre og være støttende.

Deltakende observatørs rolle var hovedsakelig å føre referat underveis, og skrive feltnotater. Dette ble brukt til å gi tematiske sammenfatninger til gruppa halvveis i intervjuet, og helt til slutt. På denne måten sikret vi at det som var sagt kunne bekreftes eller korrigeres, og eventuelt presisere viktige poenger. Hun hadde også på lik linje med undertegnede mulighet til å stille utdypende spørsmål underveis.

Det ble brukt båndopptaker for å sikre alt som ble sagt underveis. Det var viktig å ha en bevissthet rundt at denne kunne skape barrierer i forhold til at deltakere ikke turte å si det de mente, og derved holdt igjen informasjon. En indikator på dette kunne vært at det kom frem informasjon i pausene som skilte seg ut fra den informasjonen som kom frem under intervjuene. De gangene dette skjedde, ble det oppfordret til å si noe om dette i intervjuet. Dette ble alltid prøvd fulgt opp, når det ble observert.

### **3.6.Steg 1 intervjuene.**

I første steg, ble det avholdt 3 intervjuer for de respektive gruppene av deltakere, et for pasienter og brukere, et for konsulenter og personell, og et for ledelse.

Intervjuet varte ca. 1,5 timer, inkludert et stopp midtveis. I intervjuet for pasienter og brukere, var det også helt avgjørende å ha en røykepause ca. midtveis. Dette kom tydelig frem, da flere av dem allerede etter en halvtime begynte å klargjøre tobakken, og rulle røyk. I utgangspunktet er det ideelle å kjøre intervjuene sammenhengende, uten andre innlagte pauser enn oppsummering og klargjøring. Undertegnede ser imidlertid ikke at en helt nødvendig røykepause for noen, hindret prosessen. Alternativet hadde vært å korte ned intervjuet, eller nektet røykepauser. Det siste hadde uansett ikke vært aktuelt, og det første var så langt jeg og deltakende observatør vurderte det, et dårligere alternativ enn det vi valgte å gjøre.

Undertegnede startet med å informere om metoden, fortalte om hvilken rolle moderator og deltakende observatør hadde. Deretter presiserte jeg temaet for granskningen. Videre informerte jeg om metoden, og presiserte at deltakerne var medforskere i et forskningsprosjekt. En slik informasjon om metoden og samspillsreglene bidro til kvalitet i dataskapingen ved at det understrekes at både enighet og avvikende synspunkter i forhold til



temaet er ønskelig å få frem (Hummelvol, 2010). Tema og intervjuguide kunne vært gitt deltakerne på forhånd. Dette ble ikke gjort. Det var ingen spesiell grunn eller tanke bak dette, det var bare et valg som ble tatt.

Alle intervjuene i steg 1 startet med at deltakerne presenterte seg kort. Deretter ble det informert om at det ville bli brukt båndopptaker. Flere uttrykte at det var ubehagelig, men det var aldri noen som ytret et klart ønske om at det ikke skulle brukes. Det virket som at det var forståelse for at det var nødvendig for metodens del.

Så snart båndopptakeren var slått på, startet intervjuet med at moderator gjentok forskerspørsmålet. Deretter var ordet fritt.

Starten i de første intervjuene var krevende. I grupper vil det alltid være noen som er mer komfortable med å snakke enn andre. Dette medførte innimellom lengre pauser, der stillheten noen ganger sikkert kunne oppleves som pinlig og vanskelig. Men denne måten å lede gruppa på, mener jeg medførte at de som ellers ikke ville ha kommet til ordet, ofte gjorde det. Det kunne også virke som at i disse stille pausene, så fikk deltakerne tid til å tenke seg om, og mange av de gode resonnementene kom etter en slik pause.

Dette krevde fleksibilitet. Vi måtte ofte tillate sidespor og «utflukter», for det var ofte nettopp etter slike omveier, det ble funnet nye interessante innganger til temaet. Etter at intervjuet var ferdig, oppsummerte deltakende observatør intervjuet, slik at vi fikk sjekket at det som var fremkommet var korrekt og forstått riktig.

Etter oppsummering, ble deltagerne spurt hvem som kunne tenke seg å være med videre. Utvelgelsen ble basert på at man ønsket et så representativt utvalg i forhold til gruppekategoriene som mulig.

I perioden frem til neste intervju, ble det i egenskap av å være avansert sekretær, skrevet et prosessnotat, og utført en tentativ analyse. Sammendraget ble gjort tilgjengelig i «beskyttet» mappe på DPS Tronvik og NAV Høyanger, for deltakerne.

### **3.7. Steg 2 og steg 3 intervjuene.**

Steg 2 og 3 var blandete grupper, og ble i prinsippet forsøkt gjennomført på samme måte som steg 1 intervjuene. Men det er ikke til å legge skjul på at blandete grupper krevde enda mer

tilstedeværelse, og det var en utfordring å få alle til å delta aktivt i samtalene. Det redegjøres nærmere for dette under analysen.

### **3.8.Analyse.**

Jeg har gjennomført en konvensjonell innholdsanalyse, med en induktiv tilnærming (Hsieh & Shannon , 2005). Intervjuene har et 3 stegs opplegg. I steg 1 var det tre intervjuer, et for hver av de representerte grupper av brukere/pasienter, personell/konsulenter og ledere. I pasient/bruker intervjuet var det med 3 brukere og 3 pasienter. I personell/konsulent intervjuet var det med 4 personell og 2 konsulenter. I ledelsesintervjuet var det med 1 leder fra hver av de representerte tjenestene. I steg 2 og steg 3, var gruppene blandet.

I steg 2 intervjuet var det med 1 pasient, 1 bruker, 1 personell, 1 leder fra post 5, og 1 leder fra nav, i alt 5 personer. 1 bruker møtte ikke opp.

I steg 3 intervjuet var det med 1 pasient, 1 bruker, 1 konsulent, 2 personell, 1 leder fra nav og 1 leder fra post 5, i alt 7 personer.

Først hørte jeg gjennom et intervju, for deretter å lese gjennom sammendraget fra samme intervju. Dette gjentok jeg til jeg hadde hørt gjennom alle intervjuene, og likeledes lest gjennom alle sammendragene. På denne måten fikk jeg et første overblikk over materialet.

Deretter startet jeg med dialogseminaret, hørte gjennom båndopptaket, og har redegjort for alle endringsforslagene, 15 i alt. 5 av forslagene er omgjort til tiltaksforslag. Disse har jeg kalt case, og nummerert fra 1-5. Casene har jeg jobbet i et retorperspektiv, der jeg begynte med dialogseminaret, for så å starte på intervjuene i steg 1. Disse 5 endringsforslagene/tiltakene inneholder alle hvem som skal gjøre hva, og en dato for evaluering av tiltakene. Dette skiller dem fra de andre endringsforslagene. Jeg har tatt for meg hver case, og fulgt disse fra steg 1 intervjuene, via steg 2 og 3 intervjuet, frem mot dialogseminaret, og vist hvordan disse fremkommer i teksten, og diskusjonen rundt dem.

Denne måten å jobbe på har vært tidkrevende og nøye, noe som for meg også har vært en nødvendighet.

Når jeg lette gjennom teksten for å finne casene, så har jeg trukket ut noen ord som må ha vært med i teksten. Disse nøkkelordene fremkommer ved hver case, i presentasjonen av funn.

I utgangspunktet hadde jeg to prosjekter å forholde meg til, Eid og Kyrkjebø. Når jeg satte meg inn i det samlede datamaterialet, innså jeg raskt at å analysere begge prosjektene, ble for stort. I tillegg fikk jeg også et ønske om å fordype meg i det ene prosjektet, og gå nøyere inn i dette. Jeg valgte prosjektet på Kyrkjebø, kanskje fordi jeg der har mest nærhet til. I tillegg vakte dette mest nysgjerrighet, når jeg studerte det.

Mens virkeligheten i det kvalitative forskningsintervju tolkes individuelt, blir den i flerstegsfokusgruppeintervjuer forhandlet og tolket frem i gruppen (Hummelvol, 2010). Den felles tolkede virkeligheten ble i perioden mellom gruppesamlingene tilføyet ytterligere individuell refleksjon, og disse ble deretter tatt frem i gruppen under det påfølgende møte. Som forsker hadde jeg et klart tolkningsoppdrag (Hummelvol, 2010) siden det var min kunnskapsinteresse som stod i fokus. I min undersøkelse søkte jeg og deltakende observatør, sammen med medforskerne, å komme frem til en felles tolkning av temaer fra den fokuserte virkeligheten. Undertegnende forsøkt å la arbeidet være styrt av en felles kunnskapsinteresse basert på en stegvis utviklet gruppefølelse. Den løpende sammenfatningen og analyse hviler på undertegnedes og deltakende observatørs avanserte sekretær funksjon, og er basert på en kommunikativ validering gjennom forskningsprosessen.

En vesentlig del av min analyse, har vært å undersøke områder rundt endringsforslagene der det råder enighet og uenighet. Ble enigheten opplevd som reell, var den et resultat av overtalelse fra dominerende personer, eller om den kan ha å gjøre med selvsensurering hos deltagerne med alternative synspunkter.

Det å få pasienter direkte fra DPS Tronvik i grupper med blant annet personell som til daglig stor for en del av behandlingen til de samme pasientene, var en stor utfordring. For det første var det nødvendig å være oppmerksom på at personellet ikke inntok behandler rolle i gruppene. Under intervjuene var vi likeverdige partnere. For det andre var det en reell fare for at pasientene ikke turte si hva de egentlig mente, av respekt for personellet.

Likeledes var det en stor utfordring å matche konsulenter med brukere. Det er en kjensgjerning at mange brukere kan oppleve en følelse av avmakt i forhold til å nå frem med sine saker på nav. Ofte dreier dette seg om tildeling av goder i form av penger. Det å få både brukere og konsulenter til å legge av seg sine daglige roller, og gå inn intervjuene med den innstillingen at man er likeverdige partnere, var en utfordring.

Således også i forhold til ledelse. Det å lage et klima der personell og konsulenter faktisk turte å si hva de egentlig mente om saker og ting, var svært viktig. Dataenes reliabilitet var helt

avhengig av å få til dette, hvis ikke kunne jeg oppleve å få data som uttrykte enighet som ikke var reell.

Som en konsekvens av dette, valgte jeg å la deltakende observatør skrive feltnotater og referat underveis, mens jeg konsentrerte meg om å få en god gruppedynamikk.

Teknikker jeg brukte for å involvere var f.eks. å spørre noen som ikke hadde tatt ordet: hva mener du om dette? Hvilke tanker har du om det som er sagt, eller har du noe som du kan supplere med i forhold til det som er sagt? Et oppfølgende utsagn kunne være at: «det er viktig for forskningen at også dine tanker og synspunkter blir fremlagt, de er like viktige som alle andres.» Denne måten å involvere mener jeg gav tilsiktet hensikt, i form av at den som ble involvert, faktisk kom med sine tanker og synspunkter. Likeledes kunne jeg noen ganger med et blikk eller en håndbevegelse signalisere til deltagere som var for dominerende, at de kanskje kunne dempe seg noe. Det var alltid en vurdering om dette var riktig eller ikke å gjøre. Gruppedynamikken kunne ha blitt ødelagt. Kanskje den ble det, kanskje ikke. Min vurdering er at dette fungerte godt

Det ble umiddelbart etter hvert gruppeintervju, gjort en selvrefleksiv vurdering til hvordan samarbeidet mellom moderator og deltakende observatør hadde fungert, og om man hadde klart å skape et klima der alles synspunkter ble hørt og alle deltakerne ble involvert. Her ble feltdata notert underveis i intervjuene brukt, i tillegg til at intervjuene var friskt i minne. Vi kunne også reflektere over hvordan kommentarer og nonverbale holdninger influerte utviklingen av samtalene. Denne måten å jobbe på, at det var to ledere som kunne gi hverandre korrektiver, støtte hverandre underveis, og utfylle hverandre i oppfølgingen, var til stor nytte, og skapte en atmosfære av trygghet. Jeg håper og tror dette var med på å styrke kvaliteten på forskningen.

Undertegnede har som del av analysen hørt gjennom dialogseminaret og intervjuene på nytt. Resultatet ble at prosessnotatene stemmer overens med lydopptakene. I utgangspunktet forventet jeg å finne noe divergens i meningsinnholdet. Det gjorde jeg imidlertid ikke. Det stilte jeg meg spørsmålsteget ved.

Ved nærmere ettertanke og analyse, kom jeg frem til at dette likevel måtte være riktig. For det første er prosessnotatet skrevet ut fra lydbånd og sammenholdt sammen med feltnotater og referat ført under selve intervjuene. For det andre er de utført i samarbeid mellom undertegnede og deltakende observatør i egenskap av å være avanserte sekretærer (Hummelvol, 2010). For det tredje er de laget umiddelbart og i dagene etter hvert intervju. For

det fjerde ble prosessnotatene først og fremst gjort med tanke på å referere betydningen av innholdet fra intervjuene så korrekt som mulig, og for det femte er det sammendragene som er brukt av deltagerne å diskutere videre på. Sekundært ble den foreløpige analysen gjennomført med det formål å lette forståelsen til deltakeren i intervjuet, samt sikre forståelsen, også for de som evt. kom til etter hvert, og var således et viktig moment i metoden. Prosessnotatet er skrevet både verbatim og som oppsummering. Det betyr at noen steder er meningsinnholdet oppsummert, og andre steder er det gjengitt som sitat fra deltakerne. Prosessnotatet for steg 1 intervjuene er på henholdsvis 2617 ord for pasienter/brukere, 5105 ord for personell/konsulenter og 7543 ord for ledelsen. Steg 2 er på 3736 ord, og steg 3 er på 3971 ord.

Under har jeg nevnt noen viktige hensyn i forhold til å vurdere validiteten og reliabiliteten av mitt arbeid. En kritisk vurdering av disse, er gjort i diskusjonsdelen.

### **3.9. Validitet- og reliabilitetskrav i min undersøkelse.**

Validitet i handlingsorientert forskningssamarbeid hviler på god kvalitet, kritisk holdning, bevissthet om egen innflytelse på data, og velinformerte vurderinger fra med forskerne. Dette kalles kritisk subjektivitet» (Hummelvol, 2010). Kritisk subjektivitet betyr også at man er klar over feilkilder og diskuterer disse når resultatene viderefremmes. Denne kritiske innstillingen involverer også en selvrefleksiv oppmerksomhet. En nærliggende feilkilde i flerstegsfokusgruppeintervjuer er press mot konsensus, som betyr at gruppen kan uttrykke felles forståelse og holdninger når det faktisk eksisterer divergerende oppfatninger. Hvorvidt denne feilkilden er fremtredende vil blant annet kunne testes i forhold til om utsagn og holdninger blir imøtegått, og om erfaringer blir møtt med nyanseringer og alternative erfaringer.

For å kunne bruke flerstegsfokusgruppeintervjuer som datainnhentingemetode, så er man avhengig av å ha ferdig et foreløpig analysert sammendrag, før neste møte (prosessnotat). Metoden avhenger av dette (Hummelvol, 2010). Prosessnotatene ble anonymisert, men det er klart at det var mulig for den enkelte å gjenkjenne hva man selv hadde sagt. Dette kan imidlertid være med på å sikre den interne validitet (subjektiv validitet) av datamaterialet som blir presentert fra intervju til intervju, nettopp fordi deltagerne kan få gjenkjenning (Hummelvol, 2010).

Når det gjelder fremstilling av resultater, blir det ofte fremhevet at det skal gjøres gruppevis, for at ikke deltagerens identitet skal kunne avsløres. Dette er et forskningsetisk prinsipp som må tas hensyn til. Men det betyr ikke at gruppedeltagerne ikke skal kunne kjenne seg igjen i resultatpresentasjonen. En slik gjenkjennelse kan nemlig oppfattes som uttrykk for intersubjektiv validitet (dvs. en felles forståelse av temaet som er undersøkt) (Hummelvol, 2010).

Den kommunikative validiteten knyttes til i hvilke grad resultatene og konklusjonen fra undersøkelsen gjenkjennes som gyldige av andre som har erfaring med temaet. I min undersøkelse betyr dette at det som har kommet frem må være avledet og rotfestet i deltagerens erfarings- og praksiskunnskap.

Reliabiliteten (troverdigheten) av kunnskap demonstreres for det første ved hvorvidt den nye kunnskapen fører til holdnings- og atferdsendringer, og om kunnskapen kan brukes til å forbedre de forhold som er studert. I praksis vil resultatene ha gyldighet om de kan bidra til fortsatt diskusjon om temaet og anvendes som brukskunnskap. Dette kan også kalles pragmatisk validitet (Hummelvol, 2010).

Kvaliteten på granskningen, og kvaliteten på datamaterialet har vært avhengig av undertegnede evne til å stimulere fri og produktiv tenkning, at deltagerne har fått kunnskap om metoden, at konsensusoppfatninger har blitt problematisert ved å utfordre til å lete etter alternative forståelser og prøve disse kritisk, og at utformingen av prosessnotat med foreløpig analyse følger etter hvert intervju. Det siste er nødvendig for å opprettholde hukommelse for granskningshistorien (Hummelvol, 2010). Dette er således også et uttrykk for reliabiliteten i oppgaven.

#### **4. Funns - endringsforslag og tiltaksforslag.**

Først vil jeg forsøke å se på noen hoved mønstre i intervjuene. Deretter blir endringsforslagene og tiltaksendringene i dialogseminaret presentert.

##### **4.1. Intervjuene steg 1, hva er felles, hva skiller dem.**

Steg 1 intervjuet for personell/konsulenter bærer preg av å ha en forsiktig tilnærming til å komme med endringsforslag. Mesteparten av tiden går med til å spørre hverandre ut om hva

man faktisk driver med. Forventningsavklaringer er et stikkord gjennom hele intervjuet, og moderator var ganske aktiv i forhold til å få presiseringer og utdypninger, uten at dette har virket til å få samtalen i gang på hvordan tjenestene kunne forbedres. Det kan virke som at deltakerne kjente på hverandre, og hadde behov for å bli kjente. Det er lite fokus på endringsforslag og konkrete tiltak for å bedre behandlingstilbudet. Dette skiller seg fra steg 1 intervjuet for pasienter/brukere og ledelse. Her går man umiddelbart løs på hva endringsforslag man ønsker, og man diskuterer disse.

Alle steg 1 intervjuene er preget av diskusjoner rundt temaer som dreier seg om dem selv som gruppe. Undertegnede er av den oppfatning at det ikke ville være vanskelig for en utenforstående å gjette seg til hvilke intervjuer som tilhører respektive grupper.

#### **4.2.Steg 2-3 intervjuene, hva er hovedmønstrene.**

I steg 2 og steg 3 intervjuene kommer diskusjonen i gang med en gang. Det blir i begge disse intervjuene naturligvis diskutert mye. Endringsforslagene som fremkommer i dialogseminaret, dekker over svært mye av det som diskuteres. Jeg vil likevel trekke frem noen mønstre som fremhever seg.

For det første kan se ut som det er stor konsensus vedrørende det meste som sies om brukermedvirkning, og at brukermedvirkning må tilpasses og implementeres i alle deler av tjenestene. Et annet mønster er at det er på tide å se på praksis og rutiner ved tjenestetilbudene, og at man ønsker å ta med brukerne i evalueringen av disse. Et av tiltaksforslagene dreier seg også om dette, nemlig rutiner ved DPS Tronvik, case 3.

Et tredje mønster gjennom disse intervjuene, er at det burde være et bedre samarbeid tjenestene i mellom, og enklere å kontakte hverandre. Et hinder for dette, blir nevnt å kunne være taushetsplikten.

Et fjerde mønster som går igjen, er pasientenes rettigheter i forhold til påvirkning av hva som skal stå i egen journal, medbestemmelsesrett for hva som skal stå der, og hvem som skal ha tilgang til å se denne informasjonen. Dette er også et av tiltaksforslagene jeg vil se nærmere på.

### 4.3. Endringsforslagene og tiltaksforslagene i Dialogseminaret.

Her presenteres alle endringsforslagene og tiltaksforslagene fra dialogseminaret. De er nummererte, og har en overskrift som angir essensen i forslaget. Tiltaksforslagene er gjort til cases, og nummerert fra 1-5.

#### 1. Kompetanseheving:

Det første forslaget var rettet mot kompetanseheving for personellet vedrørende brukermedvirkning og hvordan man best mulig skulle få satt brukermedvirkning på dagsorden, og implementert i tjenestene. Det ble ytret ønske om at retningslinjene i avdelingen og daglige rutiner måtte spisses mot brukermedvirkning. Man ønsket rettleiding, kursing og videreutdanning innenfor brukermedvirkning. Man ønsket at pasienten skulle være i sentrum, og påpekte at det var viktig at pasienten følte seg verdsatt.

Kompetansehevingen var også rettet mot pasientene på post 5. Her ble det sett på som kompetanseheving at pasientene ble informert om avdelingen, fikk innblikk i daglige rutiner, ble informert om regler for utskriving, og hvordan dette fungerte.

Det ble også diskutert hvordan man skulle få en felles kompetanseheving, både for pasienter og personell. Det var ikke alle som var vant til å hevde sin rett. Dette kunne forekomme både hos personell og brukere. Derfor ble et selvmyndiggjøringskurs (del av Co-produksjonsmetoden) foreslått som noe man kunne gjøre sammen. Det ble nevnt som viktig at man snakket med hverandre om kunnskap om hverandre. Dette ble sett på som viktig for å skape forståelse og trygghet. Likeledes kunne et slikt kurs være med på å bryte ned og klargjøre holdninger både blant pasientene og personellet. Rett og slett å gi informasjon om hverandre, gjennom å dele erfaringer.

Det ble tilslutt informert om at det på posten var i gang med en kartlegging i avdelingen vedrørende hva man er god på, og hvor man trengte økt kompetanse. Dette var ment å skulle bli en del av medarbeidersamtalene.

#### 2. Tillit:

Det andre endringsforslaget som fremkom var tillit. Dette var et endringsforslag som gjaldt både post 5 og nav.

Gjensidig respekt ble nevnt som tillitsskapende, og at man snakket samme språk. Mange av pasientene og brukerne opplevd at de noen ganger ble snakket over hodet på, og at fagbegrep



og et språk man ikke forstod, ikke gav rom for å skape tillit. Trygghet ble også nevnt som viktig for å kunne skape tillit. Tillit er grunnleggende for et godt samarbeid og god dialog. Dette gjaldt både pasienter/brukere så vel som for personell/konsulenter.

### **3. Ettervern:**

Det tredje endringsforslaget som fremkom var å etablere et tilbud om ettervern tilpasset den enkelte, et individuelt helhetlig ettervern, og lage en plan før man blir utskrevet. Den enkelte måtte få et eierforhold til det som ble avgjort for ham, og at ting ble utformet i et tempo tilpasset den enkeltes individuelle behov.

Eierforhold ble også trukket frem som viktig for personellet. Det ble sett på som viktig å koble psykisk helsevern mer inn i forhold til de som er kronisk syke. Man måtte ha et aktivitetstilbud der samarbeid og kontinuitet var hovedelementer. Både post 5 og nav måtte involveres, samt den aktuelle kommune man bosatte seg i ved utskriving. Man så for seg en kronologi med forvern-behandling-ettervern. Det ble påpekt at det manglet et tilbud etter kl. 16 i forhold til nav, og at man generelt manglet tilbud i helgene. Konkrete tiltak som ble nevnt for å løse dette var fag-kafe i helgene og på ettermiddagen, samt muligheter for å kontakte avdelingen (post 5) etter utskriving.

### **4. Utredning/kartlegging:**

Det fjerde endringsforslaget gjaldt kartlegging, i betydningen av utredning for å sikre riktige diagnoser, lage IP (individuell plan) og behandlingsplan tilpasset den enkelte, utarbeidelse av epikrise, og sikre optimalt riktig journalføring. Det ble særlig vektlagt at det var viktig med riktig diagnose før man gikk i gang med medisiner. Pasientene måtte selv få anledning til å være med og lage behandlingsplan og IP, for å sikre at man fikk et eierskap til dette.

Pasientene måtte ha innsyn i journaler og epikriser, og ha påvirkning til hva som ble skrevet, samt medbestemmelse på hvem andre som skulle ha innsyn og hvem som materialet kunne sendes til. Man måtte tilpasse dette i lys av brukermedvirkningsprinsippet.

### **5. Samarbeid:**

Det femte endringsforslaget dreide seg om samarbeid i forståelsen av samarbeid på tvers av post 5 og nav. Eksempler på ting det burde samarbeides om, var å få en overlapping fra utskrivelse og inn i et ettervern. Her må nav og post 5 samarbeide, før og etter utskriving. Det ble spesielt trukket frem at tilgang til psykolog var viktig i et ettervern. Man måtte få et større fokus på pårørende som en ressurs, og involvere familie, der dette var mulig. Pårørende

samtaler ble trukket frem. Likeledes oppfølging etter opphold på institusjon, samt lage en plan for hva som skulle skje når pasienten ble bruker av tjenester, og kom hjem. «Når man kommer hjem, er det en helt annen hverdag». Noen kunne kanskje trenge lengre behandlingsopphold, og at dette burde behøvsprøves.

Et annet eksempel var å etablere fagkafe som del av aktivitetstilbudet i nav, brukerutvalg og pasientråd på post 5, for å sikre brukermedvirkning via samarbeid. Man måtte involvere alle som er viktig i pasientens liv.

Samarbeid ble også omtalt i forståelsen av at nav og post 5 måtte samarbeide med pasient/bruker. Dette for å kvalitetssikre tjenestene/behandlingen, samt for å skape tillit og trygghet. Eksempler på slikt samarbeid var forvernsamtaler og innkomstsamtaler for å avklare forventninger på et tidlig tidspunkt. Man kunne også se på mulighetene for å opprette en brukeravtale, der forhold som diagnostisering, behandling, medisiner, utredning av sosiale forhold, ble gjort i samarbeid med pasienten/brukeren. Man så for seg et kortfattet og oversiktlig dokument som var enkelt for alle å sette seg inn i. En rød tråd var å finne ut hva pasienten/brukerne ønsket og så som viktig.

## **6. Brukerråd/brukerutvalg:**

Det sjette endringsforslaget gikk på brukerråd/brukerutvalg for post 5 og for nav. Her ble det ikke utbrodert noe mer.

## **7. Rapport, skriftlig dokumentasjon:**

Det sjuende endringsforslaget var myntet på nav. Man anså det som viktig at brukeren skulle være med på å utforme skriftlig dokumentasjon som gjaldt dem selv. Dette for å øke og sikre brukens medvirkning.

## **8. Holdninger:**

Det åttende endringsforslaget gikk på holdninger. Man anså det som nødvendig å oppdatere/endre behandlingsfilosofien. Pasienten må være med å utarbeide denne. «Dersom pasienten føler at det ikke kommer noe ut av behandlingen, må det være lov å si det.» Det må være lov å si fra hvis man ikke har god kjemi. Gode holdninger er viktig, og alt skal gjennomsyses av det. Momenter for gode holdninger var god kjemi mellom primærkontakt og pasient, tillit, kartlegging og møtevirksomhet. Jevnlige møter og evaluering av behandling i primærgruppene. Konkret forslag som ble nevnt var å opprette postkasse, der de som ikke turte si fra høyt, kunne poste forslag.

## **9. Pårørende:**

Det niende endringsforslaget gikk på å involvere pårørende og familie på et tidlig tidspunkt ved innleggelse, og ha et større fokus på dette. Man må følge opp ansvaret for å involvere pårørende, dersom pasienten ønsker dette. Det ble spesielt trukket frem barn av psykisk syke, de er også pårørende, noe man er pålagt å følge opp. Man kommer hjem til en annen hverdag enn når man er innlagt. Det er derfor viktig å involvere pårørende mens man er innlagt. Pårørende trenger ikke være en i familien, men kan f.eks. være en rusfri venn. Det kom et konkret forslag om å opprette en barneansvarlig på post 5, som kunne kartlegge i forhold til barn.

## **10. Behandlingsplan:**

Det tiende endringsforslaget dreide seg om behandlingsplan. Dette forslaget ble ikke utbrodert noe mer.

## **11. Case 1-Temakafe:**

Det ellefte forslaget som fremkom var temakafe. Dette er også mitt første case. Det ble vedtatt at en konsulent, et personell og pasient skulle møtes, og utarbeide en plan for hva kafeen skulle inneholde, oppstartstidspunkt, og når tiltaket skulle evalueres. Det ble bestemt at evaluering skulle skje i desember 2014. Første møte skulle være i september 2014. Her skulle man bestemme hva som skulle være første foredrag, og av hvem. Man skulle også sette en dato for 2. møte, og for når første kafe skulle gjennomføres.

Man anså dette som å kunne være en del av aktivitetstilbudet til nav. Kafe ville være organisasjonsformen, med tema/foredrag f.eks. to dager i mnd. Kafeen skulle være et møtested for relasjonsbygging, en plass å gå til, og ville således være åpen for de som ble invitert. Hvordan den praktiske driften skulle gjennomføres, ville man ta stilling til ved første møte.

## **12. Case 2-Kartlegging/evalueringsskjema for DPS Tronvik:**

Det tolvte forslaget som ble foreslått, gikk på å utarbeide et evalueringsskjema der pasientene ved post 5 skulle fylle ut hva de syntes om oppholdet ved behandlingstilstanden, samt å implementere et slikt skjema for utprøving ved posten. Det var stor oppslutning om at å innføre en evalueringsskjema, der pasientene fikk gitt tilbakemelding på, oppholdet var svært viktig. Det ble spesielt nevnt at det var viktig å få oversikt over hva en snakker om i forhold til den enkelte, og «hvor skoen trykker.» Det fremkom underveis ved presentasjon av dette endringsforslaget, at en student ved post 5 allerede hadde utarbeidet et forslag til et slikt

evalueringsskjema. Det ble derfor bestemt å prøve ut dette skjemaet. Leder post 5 ble ansvarlig koordinator for tiltaket, og evaluering av tiltaket skulle skje fortløpende.

### **13. Case 3-Rutiner DPS Tronvik:**

Det trettende forslaget dreide seg om rutiner på post 5. Det var ønskelig å endre gamle rutiner for å sikre brukermedvirkning. Rutinene måtte sees på både av personellet og pasientene. Det ble kommentert at man trengte dette, og at det var nytenkning på institusjonsnivå. Leder post 5 ville sette i gang evaluering av rutinene i august 2014, sammen med en pasient og et personell. Tiltaket skulle evalueres i desember 2014.

### **14. Case 4-Idekasse/postkasse:**

Det fjortende endringsforslaget som kom opp, var en idekasse. Denne var ment brukt til forslag om nye rutiner og ting som er vanskelig å ta opp m.m. Det ble pekt på at det er mange som ikke våger å stå frem, og det var viktig å sikre at også disse ble hørt. Det som ble lagt i idekassen, kunne man ta opp på morgenmøte. Idekassen skulle henges opp på DPS Tronvik. Leder DPS Tronvik og en pasient var ansvarlig for å skaffe postkasse, og sørge for at tiltaket ble gjennomført. Det skulle evalueres desember 2014.

### **15. Case 5-Rutiner for korrekt og relevant informasjon i journalføringen:**

Det femtende forslaget dreide seg om at informasjonen i journalføringen måtte være korrekt og relevant på post 5. Man ønsket å etablere rutiner på dette. Fra personellens side ble det fremhevet at det var viktig at pasientene fikk en forståelse for hvorfor en journal befant seg på posten. Samtidig ble det fremhevet at pasientene har rett til å lese denne. Man ønsket at dette endringstiltaket skulle være en del av tiltaket som gikk på evaluering av rutiner. Leder post 5 ble således ansvarlig for tiltaket, sammen med en pasient. Evaluering skulle finne sted 1. september 2014.

Casene vil bli behandlet et og et bortsett fra case 2 og 4, som blir behandlet sammen. Dette fordi de fremkommer sammen i teksten, og går inn i hverandre. Undertegnede har fulgt tiltaksforslagene gjennom intervjuene, hvordan de først blir nevnt, hvordan de fremkommer, og hvordan de diskuteres. Jeg har oppsummert og gitt min tolkning av det som kom frem i teksten, og underbygget dette med sitater. Sitatene fremkommer i kursiv.

For å finne tiltaksforslagene i teksten, har jeg laget søkeord for hver case. Søkeordene jeg har, står nevnt først i avsnittene. Ved søkeordet journal har jeg også inkludert dips, som er et sentralt register til intern bruk i Helse Førde, og således også på post 5.

#### 4.4. Case 1, temakafe: steg 1-3.

Søkeord: temakafe.

Temakafe fremkommer første gang i teksten på i steg 1 intervjuet med pasienter og brukere. Forslaget kommer fra en pasient ved post 5. Inngangen til forslaget er at når man er dårlig og i behandling, kan det være vanskelig å formidle hvordan man egentlig har det. Når man er bedre blir man møtt på en annen måte, og vil kunne formidle bedre hvordan man har det. Man hadde da trengt en møteplass for dette, og det kom i denne forbindelse forslag om fagkafe, der en tar opp ulike temaer inne psykiatri og rus. Pasienten foreslo at det kunne komme personer «utenfra» som snakker om ulike tema, f.eks. barn av psykisk syke, eller foreldrerollen.

Bruker opplyste at dette hadde det vært snakk om i kommunen før, men ingenting var blitt gjort.

Temaet blir så forlatt, og ikke diskutert mer i intervjuet.

Neste gang tema fagkafe kommer opp, er helt til slutt i steg 2 intervjuet. Diskusjonen starter med at nav leder opplyste at øverst på deres utviklingsplan står å bygge relasjoner og snakke med folk. Dette ser hun på som kunnskapsheving. Hun forteller at de har brukt ungdom og innvandrere til å fortelle om deres utfordringer, og på denne måten hevet kunnskapen til nav.

Nav leder:

*Det har en helt annen effekt når det kommer fra noen som har opplevd selv å være ung og innvandrere.*

Leder post 5 opplyste at de har hatt pasienter som har fortalt om hvordan det er å leve med det man eventuelt måtte ha å leve med. Jeg tolket det som at hun tenkte på psykiske utfordringer.

Leder post 5:

*Det er kompetanseheving på ordentlig.*

Pasient grep ordet, og kom med forslaget om å innføre fagkafe.

Pasient:

*Ha forelesning, mer sånn fagkafe, hvor en enten kan hente inn spesialister som snakker om noe for alle som vil komme, ikke bare de som er personell eller ledelse, men alle som vil? Eller at en henter pasienter og brukere som forteller fra sitt ståsted om hvordan ting er. Er det en tanke?*

Tidlig i steg 3 intervjuet, kommer fagkafe opp igjen, denne gangen når det diskuteres ettervern. Diskusjonen startet med at nav leder pekte på at man trenger faste rutiner, men med brukers styring, for å få en bedre overgang fra institusjon til hjemmet, eller omvendt. En konsulent tilføyde at nav må delta så tidlig som mulig i forløpet, ikke bare 14 dager før utskriving, og at DPS Tronvik må være med pasienten ut. Jeg tolker dette som at konsulenten ikke må slippe pasientene umiddelbart etter utskriving, men finne måter å følge dem også etter utskriving fra behandling.

Bruker mente det var viktig at post 5 var med ut.

Bruker:

*Det er egentlig total stopp ved dato for utskriving. Det er møter i forkant, der en kobler inn nav og psykiatritjenesten.*

*Tenker på et enkelt møtested der en kan møtes over en kaffikopp, finne ut hva en vil. Det å leite etter ressurser skjer ikke alltid via skjerm. Etter mange år med rus, trenger en mye lengre tid enn utfylling av skjema til å finne ut hva en vil.*

*Skulle hatt mulighet til å møtes og snakke om slike ting, en fagkafe der en har foredrag om ulike tema innen psykiatri. Ett sted der det er ok å komme. Ettervern er det jeg generelt brenner for.*

Temaet blir så forlatt, og kommer opp igjen helt til slutt i intervjuet, denne gangen som en del av det å utdanne pasienter og brukere. Temaet starter med at leder DPS Tronvik delte sin frustrasjon over at hun opplevde ofte at det var slik at avdelingen måtte tilpasse seg behandler. Dette var et problem, spesielt når det var stor utskiftning av behandlere og leger. Nav leder opplyste at hun følte det samme var et problem i møte med legene. Diskusjonen dreide så mot at det var viktig å få samlet viktige etater for pasientene allerede i behandlingen, og at det kunne være en god ide å få møte f.eks. politi og barnevern.

Bruker mente det var vanskelig for pasientene å skulle møte alle i systemet, enten det er nav, fastlege eller noe som skal ryddes opp i, mens man var i behandling. Jeg tolket det som at man da ofte hadde nok med seg selv, bare det å være i behandling, men at man likevel anså dette som viktig. Problemet var at man følte seg mindreverdig og liten, og at å skulle møte «systemet» allerede i behandling, kunne være utfordrende.

Bruker:

*Det går mye på å utdanne pasienten. Når vi kommer er vi imot alt i systemet. Så skal vi plutselig være likestilt. En ufarliggjør de som var farlige tidligere. Politiet var farlige for meg tidligere, men er veldig fine folk nå.*

*Jeg tenker ikke gjøre det stort i det hele tatt. Når man er inne som pasient, så er man så liten og mindreverdig i utgangspunktet at det handler like mye om å komme opp på det nivået, som å møte instansene ute.*

*Kunne det være en ide med brukerkafe eller temakveld?*

#### **4.5. Case 2, evalueringsskjema/kartlegging, og case 4, postkasse/idekasse: steg 1-3.**

Søkeord her er evalueringsskjema, kartlegging, idekasse.

Tiltaksforslaget om evaluering/kartlegging kom ikke frem i noen av intervjuene. Det diskuteres kartlegging i nær sagt enhver form i forståelsen av å kartlegge informasjon om pasienter og brukere for å kunne bruke i behandlingen ved DPS Tronvik, og tjenesteytelser ved NAV Høyanger. Men ikke noe sted fremkommer det forslag eller diskusjon om kartlegging i betydningen evalueringsskjema fra pasienter og brukere.

Eneste gangen evaluering blir nevnt, er når en pasient i steg 1 intervjuet sa at han/hun ønsket evaluering underveis i forhold til seg selv, og i forhold til institusjonen. Han/hun fremmer forslag om at pasientene skal delta på ukentlige møter og ulike råd, der en kontinuerlig kan komme med innspill fra andre pasienter. En blir hørt, og det som kan gjøres noe med blir gjort. Jeg tolker dette som en kontinuerlig tilbakemelding og evaluering av pasientene, nærmest som en speiling, og ikke som noe evaluering av oppholdet.

Pasienten dreide så over på brukervedvirkning. Han/hun fremmer et forslag om hvordan brukervedvirkning på avdelingen kan ivaretas fra et pasientperspektiv. Man kunne laget en

type brukerråd innad på avdelingen, med representanter fra avdelingen og pasientene, hvor en kunne diskutert brukermedvirkning.

Pasient:

*Hvis en ikke er i form, så kunne en sluppet å gå. Kunne hatt en **postkasse** til anonyme forslag, representanter tar med forslagene på møte. Der blir det diskutert og referert i fellesmøter senere.*

#### 4.6. Case 3, Rutiner ved DPS Tronvik: steg 1-3.

Søkeord: Rutiner.

Rutiner ved DPS Tronvik fremkommer første gangen i steg 1 intervjuet for ledere. Det fremkommer under en diskusjon om brukermedvirkning. Leder post 5 fortalte at de hadde avholdt to fagdager, med pasienter, pårørende, andre som stod pasienten nær, og personalet.

Leder post 5:

*Vi hadde gruppearbeid der det kom frem masse om brukermedvirkning på individnivå, kom frem masse forslag fra pasientene. Mange av de tingene var gjerne små bagateller som har gått seg i rutine.*

Hun fortalte videre at hun opplevde det nærmest som pinlig å høre på tiltak fra pasientene, tiltak hun opplevde burde være på plass uten at pasientene kom med dem. Hun pekte på at hun syntes det var blitt bedre etter fagdage, og at personalet hadde sett på seg selv og rutinene.

Leder post 5:

*Synes å merke en endring blant personalet sin oppfatning av det. Har hele tiden ett ansvar for det, personalmøte, medarbeidersamtaler. Alle slike arenaer må vi bruke. Skal vi få det til ordentlig, må vi se på rutinene som har vært på posten i alle år. Lang vei å gå enda for å spisse det ned mot tankegangen om brukermedvirkning. Vi må bruke medarbeidersamtalene til å ta opp at en ikke må være så opphengt i rutiner vi har som har vært der så lenge. Vanskelig å få folk ut av det der. Folk som har jobbet der hele sitt yrkesaktive liv. Vanskelig å snu tankegangen.*

Nav leder:



*Du snakket om dette med avlæring, er så mye verre enn å lære. Ser det når vi får inn unge, nye folk i nav. De har ikke med seg denne bagasjen fra gamle trygd og gamle aetat. De kommer inn med nye øyne, og ser med en gang at dette har sammenheng.*

Nav leder redegjorde så for hvordan de har satt rutineendringer på dagsorden, gjennom utviklingsplanen. Hun omtaler rutineendringene som del av det å få kvalitet i brukervedvirkningen inn i tjenestene. Et tiltak de har iverksatt, er å delta på Co-produksjonsmetoden ved Tronvik.

Leder post 5:

*Tenker på dette med brukervedvirkning og ansvarliggjøring. Mye ligger i rutinene. Her må en spisse ned og ansvarliggjøre den enkelte som søker hjelp. For eksempel vaske rommet, være med på kjøkkentjeneste. Personalet gjør dette, og av og til er det noen som spør om noen vil hjelpe til, men det er ikke på ordentlig, og er tilfeldig hvem som er på jobb. Det er mange ting som gjør at pasienten kjenner det er viktig å være med på dette. Løfte opp selvbildet, mange sånne småting som koster ingenting, men som betyr mye for hver enkelt pasient.*

*Vi må minne hverandre på holdningsarbeid, etiske refleksjoner. Vi prøver å ha ett møte en gang i uken, der vi prater om hva vi holder på med. Folk er avhengig av rutiner. Jeg synes vi har så mange rutiner at vi går oss vill.*

Temaet ble forlatt i dette intervjuet, og kom opp neste gang i steg 2 intervjuet. Det er et personale ved post 5 som først bragte temaet på banen. Det kom opp i forbindelse med system på institusjon. Hun/han etterlyste en endring av rutiner. Som eksempel ble nevnt at pasienten burde hjelpe med kjøkkenarbeid og matlaging. Dette ville kunne hjelpe på mestringsfølelsen. Leder post 5 sa at man også burde se på dette med at alle ikke kommer like godt overens, og at det da burde være mulig å bytte primærkontakter. Dette av hensyn både til pasienten og personalet.

Leder post 5.

*Ikke alle en kommer like godt overens med, har kjemi med. Da må vi innse at jeg ikke får til noe med vedkommende. Enkelte kan tenke at det er å tape ansikt. Må være bevisst på det, gå ut av primærgruppa, bytte.*

Pasient:

*Hvis du var min kontakt og kjenner på det, ville jeg senset det med en gang og ønsket å bytte. Det er det beste for alle parter. Må være åpne om det.*

Personal:

*Sånn er ikke regelen i dag. Hvis pasienten vil bytte primærkontakt, er det ikke alltid at en når frem med det. Jeg har spurt for pasient en gang, og fikk nei. Fikk også beskjed om at sånn er det bare. Hvis pasienten spør om å få bytte primærkontakt, så er det ikke aktuelt.*

Temaet kom opp igjen litt senere i intervjuet. Denne gangen i forlengelsen av holdningsskapende arbeid.

Konsulent:

*Det å ha et eierskap til jobben din, rolle du har, på samme måte som en snakker om at brukeren skal ha eierskap til individuell plan på en måte, så må vi ha eierskap til forhold til, hvordan vi utøver jobben vår. Dette må vi bruke tid på å snakke om.*

Leder post 5:

*Dette går på rutiner også. Man må utfordre seg selv som personal. Selv om pasienten har vært her før, så må man våge å spørre hva vi skal ha fokus på. Tørre å si at jeg må lete opp informasjon, dette kan jeg for lite om. Det er noe med hvorfor er jeg på jobb, hvordan hjelpe best mulig.*

Pasient:

*Glad for at du sier det. Jeg har hørt og lest, ja du har jo vært her så mange ganger før, så vi gjør det sånn som før. Så er situasjonen kanskje en helt annen, men det nytter ikke å si det, for en blir ikke hørt.*

#### **4.7. Case 5, «Rutiner for korrekt og relevant informasjon i journalføringen/epikrisen.**

Søkeord: Journalføring, epikrise, dips.

Temaet kom første gangen opp i steg 1 intervjuet med pasienter og brukere. Det kom opp under en diskusjon om ny start. En bruker opplyste at han føler han har fått startet på nytt,

både i forhold til lege og psykiater. For han hadde det vært bra å oppleve at folk stoler på han. En pasient supplerte med at det hadde tatt litt tid, men at det fungerte bra nå, både når det gjaldt behandlingsopplegg og medisinerer. En annen pasient er ikke enig.

Pasient:

*Jeg har et forslag om å låse journalen. Det som er skrevet lang tid tilbake skulle en ikke kunne gå inn å lese på. Er redd for å bli møtt av noen som tar utgangspunkt i gamle feil skritt. Det er ikke relevant i forhold til tilfriskning i dag. Dette (låsing av journal) kunne blitt gjort i samarbeid mellom pasient og behandler.*

Bruker:

*Jeg føler meg behandlet slik som den jeg er i dag.*

Pasient:

*Ønsker å bli møtt som den en er nå. Det burde i ikke baseres på flaks. Jeg var så heldig å møte en som så meg. En som ikke gikk ut fra det gamle som stod i journalen.*

Senere i intervjuet kom journalføring frem som et moment i brukermedvirkning.

Pasient:

*Viktig at det er brukermedvirkning hele vegen fra fastsetting av diagnose, til innsyn i journal. At behandler meddeler hva de har oppfattet som problem, at en kan korrigere undervegs. Opplever at leger tar utgangspunkt i det som andre leger har sagt tidligere. Kan si ting i akutfasen som ikke gjelder senere. Hvis en opplever at diagnosen er feil. Opplever en også at det en sier blir feiltolket og misforstått. Kan synke ned i seg selv. Dette er viktig for videre oppfølging i kommunen, og for ikke å bli feilbehandlet.*

En annen pasient tilføyer:

*Har opplevd at det på epikrisen står psykiatrisk diagnose. Det oppleves at en da ikke blir tatt på alvor. Har fått kopi av epikrise etter kontroll angående nyresvikt. Der stod det at pasienten har en alminnelig kjent psykisk lidelse. Dette har ikke noe med kontroll av nyre å gjøre.*

Bruker:

*Støtter utsagnet. Ruspasienter står ikke høgt i kurs. Likevel viktig å kjenne medisinsk journal dersom akutt innleggelse. Slik at legene ikke ordinerer noe som trigger eller får folk til å havne utpå igjen.*

Pasient:

*Har opplevd at behandler forsøker å skjule det de noterer. Det er ikke brukervedvirkning. Kjenner ikke meg selv igjen når jeg har lest det senere.*

*Tenker også at pasienten i utgangspunktet skal få tilsendt epikrisen, og bestemme hvem andre som skal få den.*

Det ble så en meningsutveksling vedrørende et en lovendring som tilsa at epikrisen skulle godkjennes av pasienten, før den sendes ut av psykiatrisk institusjon, hvis ikke var det et tillitsbrudd og lovbrudd. En pasient sa at han/hun aldri hadde opplevd det. En bruker sa han hadde fått kopi en gang.

Etter denne diskusjonen, endte intervjuet. Temaet er også så vidt omhandlet i steg 1 intervjuet med ledelse. Her kom det frem i forbindelse med kartlegging.

Leder post 5.

*Kartlegging kjempeviktig når de (pasientene) kommer inn. Hvilken bestilling ligger inne? Det kan være helt forskjellig fra pasienten sitt syn på saken, om hvorfor de er der. Det må alltid hentes fra den det gjelder, ikke bare fra det som står i dips (journal), den kan være veldig vag.*

Temaet kom opp igjen i steg 2 intervjuet, det er det første temaet som blir diskutert.

Diskusjonen startet med at leder post 5 påpeker at pasientene er opptatt av hva som står i epikrisen, at de ikke alltid kjenner seg igjen, og at det som står der kan få betydning for dem i ettertid. Et personell mente at pasientene og brukerne selv måtte få bestemme hvem epikrisen skulle sendes til, og om den skulle sendes i det hele tatt. Videre måtte pasienter og brukere få en informasjon i hvordan gangen i dette var. Leder post 5 supplerte med at de var viktig at den epikrisen omhandlet, måtte ha et eierforhold til den. Dette måtte både pasienten selv fronte, men også personellet, på pasientenes vegne.

Pasient:

*Det er et kjempe problem. Ønsker journalen kunne låses fra en viss dato, fordi en trenger ikke trå feil gang etter gang. Jeg har tatt det opp og sagt at dette vil jeg få*

*fjernet, hvordan kan det gjøres. Jeg fikk til svar at det var en svært lang og omstendelig prosess. Men når diagnosen ble satt så var det bare sånn (pasienten knipset med fingrene). Det henger ikke på greip. Jeg fikk inntrykk av at jeg er helt maktesløs overfor det.*

Bruker:

*Jeg fikk også beskjed om det. Hvis en går tilbake, ser på det som var når jeg var syk, etter alt jeg har kommet frem til, og har gjort den jobben med meg selv, blitt voksen og eier virkelig det jeg driver med. Så (pause)... det går ikke an å ha noe forhold til det gamle.*

Det ble en diskusjon på hva problemet skyldtes. Det ble trukket frem at det var behandler avhengig, hvor lenge hadde han vært der, var han vikar? Alt dette spilte inn.

Personell:

*Dette er vanskelig altså. Behandler må vite noe om at folk endrer seg, de utvikler seg, ta høyde for det. Jeg tenker at det er det vi må fronte på behandlingsmøtene.*

Nav leder sa at hun ikke likte å ha for mye informasjon på forhånd, men at noe måtte man ha. Det gjaldt å finne en balansegang, som hun opplevde som vanskelig.

Pasient hadde siste ordet i denne diskusjonen:

*Jeg har vært i første møte med hjelpere hvor jeg har kjent på at jeg har blitt provosert, fordi de overhodet ikke har satt seg inn i ting. Men jeg tror at hvis jeg hadde sittet der med en person som sa at jeg har valgt å ikke lese noe fordi at jeg vil høre fra deg hva du ønsker, da hadde det vært greit.*

Neste gang temaet kom opp var i steg 3 intervjuet. Diskusjonen denne gangen startet med at nav leder stilte spørsmål om hvilken informasjon som skulle følge brukeren, hva ønsker brukeren, hvor langt tilbake i tid, og hvem som var med på å avgjøre disse spørsmålene.

Leder post 5 fulgte opp med at det var viktig å få til et godt samarbeid med de behandlerne som til enhver tid er representert på post 5.

Leder post 5:

*Vi øver selvfølgelig trykk, vi som jobber vil jobbe med brukermedvirkning. Ofte nytt for vedkommende å skulle lese epikrisen. Enkelte kan bli såret. Dette er veldig*

*individuell. Vi kan spørre om de (pasientene) har lyst til å se epikrisen, om vedkommende vil ha den tilsendt. Noen vil ikke høre snakk om det, og noen vil ha kontroll på det som står der.*

Konsulent:

*Viktig å stille spørsmål om en likevel vil se epikrisen. Neste gang har en kanskje tenkt litt på det, og ønsker den likevel. En starter noen prosesser.*

Pasient:

*Skremmende å høre at du blir møtt med den holdningen at det er så vanskelig når det gjelder journal. Det er ikke så vanskelig å sette i gang disse prosessene.*

Pasienten fortsatte så med å gjøre rede for regler han mente man hadde for dette, for eksempel pasientrettighetsloven, at det kom ny lov om pasientjournal, og lov om helseregister. Han kom med et konkret forslag om å se på ansvarsforskriften innenfor psykisk helsevernlov.

Pasient:

*....så man i samråd med den som er journalansvarlig innenfor Helse Førde kunne fastsette nærmere regler om hvem som skal ha tilgang til journal, og hvordan det skal gjennomføres på den enkelte institusjon.*

Han mente videre at legen måtte sette av tid til pasientene, og dele sin vurdering av hva han oppfattet som problemet for pasientene, og grunngi dette. Dette var et minimum, mente han. Hvis legen ikke hadde tid til dette, måtte man overlate ansvaret til sykepleier eller psykolog. Han mente dette måtte kunne klareres innenfor gjeldende regelverk. Videre mente han at de som jobber innenfor helsevesenet ofte ikke kunne regelverket godt nok, og at dette var mye av grunnen til at pasientene ikke fikk det innsyn i journaler som de hadde krav på. Derfor var det viktig at de jobber får nødvendig opplæring og kompetanse når det gjelder lover og regler.

## **5. Diskusjon.**

### **5.1.Vurdering av validitet og reliabilitet.**

Under rekapitulerer jeg viktige momenter for å kunne si noe om validiteten (gyldigheten) og reliabiliteten (troverdigheten) av mitt arbeid.

Som nevnt tidligere er kritisk subjektivitet et uttrykk for validitet. I innledningen redegjorde jeg for egen forforståelse. Å redegjøre for denne har vært helt avgjørende for validiteten i min undersøkelse. En kritisk granskning av eget arbeid er utfordrende, og jeg håper jeg har klart å presentere mitt materiale, slik at leser kan vurdere dette. Bevisstheten om egen innflytelse har således vært essensielt. For det andre har det å tilrettelegge for at alle har vært trygge nok til å kunne uttrykke seg, vært av stor betydning. Velinformerte vurderinger fra medforskerne har vært helt avgjørende. Dette er også en av grunnene til at jeg har valgt å la deltakende observatør også skrive feltnotater, fordi jeg har prioritert å være mentalt tilstede under intervjuene, og vie oppmerksomhet mot gruppas indre liv og dynamikk.

For det tredje innebærer kritisk subjektivitet at jeg har vært klar over feilkildene. En nærliggende feilkilde i flerstegsfokusgruppeintervjuer er press mot konsensus, som betyr at gruppen kan uttrykke felles forståelse og holdninger når det faktisk eksisterer divergerende oppfatninger. Jeg mener å ha belegg for at utsagn og holdninger har blitt imøtegått, og erfaringer har blitt møtt med nyanseringer og alternative erfaringer. Et annet viktig moment i så måte har vært å tillate at intervjugruppene ikke har vært de samme hele veien. Ved å tillate nye medforskere i gruppene, så mener jeg å ha belegg for å si at allerede eksisterende oppfatninger i gruppene ble utfordret. Ved å utforme prosessnotat underveis etter hvert intervju, og latt deltakerne få lese gjennom disse før nye intervjuer, så har gjenkjenning av utsagn og tekst også bidratt til å styrke kvaliteten og redusere feilkildene.

Denne kritiske innstillingen involverer også en selvrefleksiv oppmerksomhet. Den kommunikative validiteten knyttes til i hvilke grad resultatene og konklusjonen fra undersøkelsen gjenkjennes som gyldige av andre som har erfaring med temaet. I min undersøkelse betyr dette at det som har kommet frem må være avledet og rotfestet i deltagerens erfarings- og praksiskunnskap. Jeg mener å ha belegg for dette.

Reliabiliteten (troverdigheten) av kunnskap demonstreres ved hvorvidt den nye kunnskapen fører til holdnings- og atferdsendringer, og at kunnskapen kan brukes til å forbedre de forhold som er studert. Dette kan også være et uttrykk for pragmatisk validitet. I praksis vil resultatene ha gyldighet og troverdighet om de kan bidra til fortsatt diskusjon om temaet og anvendes som brukskunnskap. Min undersøkelse ble avsluttet når jeg mente jeg hadde nok data i forhold til den problemstillingen som var utformet. Men det er liten tvil om at man kunne diskutert videre på endringsforslagene og tiltaksforslagene. Det at det ble utformet tiltaksforslag mener jeg viser potensialet i forhold til brukskunnskap.

Kvaliteten på granskningen og da også kvaliteten på datamaterialet har vært avhengig av undertegnede evne til å stimulere fri og produktiv tenkning, at deltagerne har fått kunnskap om metoden, at konsensusoppfatninger har blitt problematisert ved å utfordre til å lete etter alternative forståelser og prøve disse kritisk. Måten diskusjonen flyter i teksten, mener jeg viser at disse kriteriene er oppfylt. Moderator og deltakende observatør brukte mye tid på å utforme så gode prosessnotat som mulig, noe som vi anså som viktig for prosessen. Dette var nødvendig for å opprettholde hukommelse for granskningshistorien (Hummelvol, 2010), som igjen er har vært essensielt i forhold til reliabilitet.

Jeg har ønsket å løfte brukermedvirkningstanken opp fra å være involvert i egen prosess, til å være med å utvikle ny kunnskap og forståelse sammen med fagpersonell og tjenesteytere. Pestoff (Pestoff, 2012) og Osborne og Strokosch (Osborne & Strokosch, 2013) har hjulpet meg til å kunne belyse min egen undersøkelse, men først vil jeg diskutere problemstillingen min.

## **5.2.Hvordan bearbeides endringsforslag i en co-produksjonsprosess til tiltaksforslag?**

Endringsforslagene i seg selv kan kanskje ikke virke spesielt revolusjonerende. Men det er for så vidt bare et lite poeng. Det er hvordan disse endringsforslagene kommer frem, hvordan de er skapt, og hvordan de kommer til uttrykk, som mer enn noe annet viser noe nytt.

Noen av tiltaksforslagene som fremkom var mer dyptgripende forslag enn andre. F.eks. mener jeg nå å ha belegg for å hevde at tiltaksforslagene som omfattet journal, temakafe og endring av rutiner, var mer omfattende og dyptgripende enn å få opp postkasse. Likeledes vil jeg påstå at å få innført et evalueringsskjema for evalueringen av behandlingen er ganske så spektakulært.

Tiltaksforslaget om evalueringsskjema ble ikke diskutert i intervjuene. Dette er mulig, fordi metoden tilrettelegger for at man ikke nødvendigvis må diskutere det som har vært diskutert, så lenge man holder seg innenfor forskerspørsmålet. Evalueringsskjemaet dukket opp under kartlegging, og kartlegging var et stort tema under intervjuene.

Brukermedvirkning går igjen som en rød tråd gjennom hele prosessen, enda dette ikke spesielt var sagt noe om på forhånd. Diskusjonene viser, mener jeg, at det helt klart var et ønske fra alle involverte, om at brukermedvirkning er kommet for å bli, og at denne må utvikles og



tilrettelegges for brukerne og pasientene, slik at det blir en reell brukermedvirkning. Dette gikk igjen under hele steg 1 intervjuet med personell og konsulenter og likeledes for ledelsen. Som vist tidligere, gikk pasienter og brukere mer rett på sak, og foreslo umiddelbart konkrete endringsforslag. Dette overrasket meg, fordi jeg hadde egentlig forventet omvendt. Dette viser at pasienter og brukere, når de blir gitt tillit og ansvar, tar dette ansvaret, og inngir tillit. Dette var ikke overaskende, og støttes av Wengers teori om praksisfellesskap. Gjennom deltakelse i felles virksomhet, skapes det gjensidig ansvarlighet, som blir en integrert del av praksisen (Wenger, 2004, s.95)

Det at det var stor konsensus i gruppa, gjør det betimelig å stille spørsmålet om endringsforslagene/tiltaksforslagene som fremkom under intervjuene og dialogseminaret, var et resultat av sterke personligheter, om det allerede lå i gruppa, eller om de fremkom som et resultat av diskusjon. Det er ikke å legge skjul på at det var utfordrende å tilrettelegge for at alle skulle delta i diskusjonene. Men jeg er ikke av den oppfatning at dette skyldes sterke personligheter. Jeg opplevde at det var stor respekt blant deltakerne for hverandre. Utfordringene lå mer i at noen kunne ha en dårlig dag, eller at noen hadde problemer med å snakke foran andre. Men som tidligere nevnt, så skjedde det aldri at ingen ikke sa noe. Jeg opplevde en følelse av samhold, der alle støttet hverandre til å si dele sine meninger. Praksis som fellesskap gir identitet som medlemskap (Wenger, 2004, s. 174-175/189-190).

### **5.3.Min undersøkelse sett i lys av tidligere forskning.**

Osborne og Strokosch konkluderte med at gjennom å dele co-produksjon inn i forskjellige modus, så har muligheten til å se potensialet av co-produksjon økt betraktelig. Gjennom å kombinere innsikten fra offentlig forvaltning og ledelse, så har man produsert et kraftfullt nytt konsept for å analysere og evaluere dette nye fenomenet, co-produksjon.

Da jeg begynte min undersøkelse, tenkte jeg at jeg skulle besvare problemstillingen hvordan Co-produksjonsmetoden potensielt kunne endre praksis i tjenestene. Den problemstillingen viste det seg at jeg ikke hadde tilstrekkelige data til å si noe om. Min tidligere forståelse av co-produksjon bar kanskje preg av at jeg heller ikke hadde nok innsikt i de forskjellige modusene de beskriver, og at jeg kanskje ikke har vært kritisk nok i forhold til å forstå hvilken modus min undersøkelse befant seg på.

Når det kommer til selve Co-produksjonsmetoden og min rolle i utviklingen av denne, samt min rolle i fremdriften av TUT-eamet, så er det mulig å se dette på to måter. Utviklingen og utprøvingen av Co-produksjonsmetoden var et samarbeidsprosjekt som involverte både brukere (undertegnede) og personell. Sammen utviklet vi ny kunnskap og tjenester. Da er vi tydelig i modus 2, deltakende co-produksjon. Men den kan også sees på i lys av modus 3 forbedrende/forsterkende co-produksjon. Kravene er at det skal være brukerledet og at det er innovasjonsrettet. Co-produksjonsmetoden er en organisasjonsutviklingsmetode, og at en bruker er leder i fremdriften av en slik modell, vil kunne gi belegg for å mene at dette er forbedrende/forsterkende co-produksjon, og modus 3 i Osborne. Det finnes imidlertid lite forskning på området (Osborne & Strokosch, 2013), og en nøyere analyse ville vært nødvendig for å kunne si noe konkret dette, men jeg synes likevel det er viktig å løfte dette frem som en mulig problemstilling.

Som tidligere nevnt kan jeg se fireoverordnede mønstre som går igjen i materialet mitt. Det ene er konsensus om brukermedvirkning i alle deler av tjenestene. Det andre er at det er på tide å se på praksis og rutiner i utøvelsen av tjenestene, og at brukeren må involveres i evalueringen av disse. Det tredje er at det er et behov for et tettere samarbeid tjenestene i mellom. Det fjerde er rettigheter i forhold til hva som skal stå i journaler vedrørende pasienter og brukere, og hvem som skal ha tilgang til å se dette. Hva som diskuteres, og hvordan dette fremkommer, vil kunne si noe om hvilken modus prosessen da til enhver tid er i. Når vi diskuterer hvilket nivå co-produksjonen er på, er det viktig å forstå at de enkelte moduser ikke er bedre eller dårligere enn de andre, men at de pragmatisk beskriver forskjellige nivå av co-produksjon.

Konsensus om brukermedvirkning på alle nivå i tjenestene, gir brukerne og pasientene stor definisjonsmakt. Brukermedvirkning på denne måten vil derfor både kunne sees i lys av modus 1, forbruker co-produksjon, men også i lys av modus 2, deltagende co-produksjon. Dersom man gjorde alvor av å endre rutinene ved DPS Tronvik, og involverte pasientene i evalueringen og utviklingen av nye rutiner, så ville dette kunne tilrettelegge for at pasientene får større definisjonsmakt. Hvis man endret rutinene ved posten gjennom å involvere brukermedvirkning, er det også sannsynlig at man ville endret forutsetningene for møtene mellom pasienter og personell. Dette ville i så fall vært forbruker co-produksjon, modus 1.

I forhold til endringsforslagene vedrørende et tettere samarbeid tjenestene imellom, ser jeg ingen klar sammenheng i forhold til co-produksjon. Det er ikke eksplisitt antydning noe om at brukerne og pasientene skulle være del av dette, men sett i lys av brukermedvirkning, så er det

et potensiale for co-produksjon også her. Dette ville selvsagt krevd brukerinvolvering. Når dette ikke nevnes, så er det ikke co-produksjon. Allikevel ønsker jeg å fremheve at også her er det et potensiale for co-produksjon.

Rettigheter i forhold til journal, hva som skal stå der, og hvem som skal kunne se det som står der, ble diskutert av samtlige parter, pasienter, brukere, konsulenter, personell og ledelse. Dette er et veldig tydelig eksempel på deltagende co-produksjon, modus 2, som kan påvirke forbruker co-produksjonen, modus 1. Tiltaksforslaget innebærer at pasientene skal kunne være med på å bestemme hva som skal stå i journalen. At pasientene vil kunne få mulighet til å godkjenne journalskriving og epikrise, vil kunne gi nye og uante muligheter for brukermedvirkning. Forslaget innehar også et element om hvem som skal ha innsynsrett, basert på pasientens vurderinger. Dette er et tydelig eksempel på sterkere autonomi for pasientene, og styrkede pasientrettigheter. Det må være lov å antyde at slike forslag drar mot forbedret/forsterket co-produksjon, modus 3. Jeg vil være tydelig på at jeg ikke har kunnskap om dette allerede finnes i norsk helsevesen, men ut fra min erfaring vil jeg si at dette forslaget virker ganske innovativt. I forhold til pasientenes innsynsrett i journalen, så er vi i modus 1, forbruker co-produksjon. Likeledes når vi beveger oss over til at pasientene skal definere hva som står i journalen, og hvem som skal ha innsynsrett basert på deres vurderinger, må dette sies å være i modus 1, forbruker co-produksjon. Ser man imidlertid på selve prosessen, der dette tiltaksforslaget blir diskutert, vil man derimot befinne seg i modus 2, deltagende co-produksjon

På samme måte som brukerne av tjenester bringer viktig ekspertise inn i co-produksjonen, så gjør også de profesjonelle det. Co-produksjon handler ikke om å erstatte de profesjonelle med brukere. Det handler om å bringe disse forskjellige former for ekspertise sammen. Brukere og pasienter har særlig kompetanse som man ikke kan utdanne seg til, eller lese seg til. Spesielt mener jeg dette gjelder innenfor rus og psykiatri feltet. Dette vil jeg diskutere litt nærmere.

For det første tenker jeg på evnen til å oppdage symptomer hos den som trenger hjelp. Dette er ingen intuitiv, ubegrunnet kunnskap, men bygger, slik jeg ser det, på gjenkjenning. Man gjenkjenner atferdsmønstre man selv har erfart og levd, i forhold til for eksempel rus og psykiatri.

På samme måten gjelder det å kunne forstå følelsene til et menneske som er i en utfordrende livssituasjon, evnen til empati. Når man selv har vært i en liknende situasjon, så kan man også bedre kunne forstå hvordan det føles å være i en liknende situasjon. En tidligere bruker av for

eksempel rusbehandling eller psykiatri, har derfor en helt annen mulighet for å forstå hvordan en likesinnet i en gitt situasjon har det. Denne empatiske egenskapen kan noen ganger være den hjelpen som trengs akkurat der og da, kanskje også den eneste hjelpen som fungerer akkurat i øyeblikket. Også her er gjenkjenning et viktig moment.

En tredje brukereksptise jeg vil fremheve, er troverdighet. Mennesker i vanskelige og utfordrende livssituasjoner, har ofte behov for å vite at den man snakker med eller får hjelp av, faktisk skjønner hva man snakker om. Troverdighet er i så måte viktig. En person som har vært der den som trenger hjelp er, som vet hvor skoen trykker, vil ha en helt annen troverdighet enn en som ikke har hatt skoen på. Det er ikke derved sagt at ikke profesjonelle kan oppleves troverdige. Ofte vil dette være personavhengig. Min erfaring er at vi har alle vært i utfordrende livssituasjoner, på den ene eller andre måte. Det å kunne bruke disse erfaringene til å sette seg inn i andre menneskers situasjon, vil kunne være til stor hjelp i forhold til å oppleves som troverdig eller ikke.

En fjerde viktig brukereksptise som jeg ofte føler ikke blir vektlagt nok, er å være rollemodell og forbilde. I dag snakker vi mye om at brukermedvirkningen skal ha et formål og mening. Jeg opplever dette ofte som at man skal kunne bidra med noe konkret og håndfast. Men det å kunne identifisere seg med andre som faktisk hare klart å komme seg gjennom utfordrende livssituasjoner, vil gi håp og motivasjon. Denne delen av brukereksptisen bør ikke undervurderes.

Men det er på ingen måte ønskelig at pasienter og behandlere i en institusjon, skal bytte plass. Heller ikke at brukerne i nav skal erstatte konsulentene. Det er en grunn til at hjelperen hjelper, og den som trenger hjelp får hjelp. De profesjonelle bringer inn annen kunnskap og ekspertise, enn brukerne kan, både sosial faglig og helsefaglig kompetanse. Mange kan også være gode rollemodeller og forbilder for hvordan leve et vanlig liv, et liv som mange som ikke har det, trakter etter, men ikke får til.

Reell empowerment, deltakelse og brukerstyrt co-produksjon avhenger av tillit. Dette innebærer at co-produksjonsprosessen kan være risikabel, usikker, tidkrevende og kostbar. Tjenesteytere og planleggere må kunne stole på at de motter noe tilbake i co-produksjonen, mens brukerne på den andre siden må stole på at deres bidrag vil bli anerkjent, verdsatt og gjort noe med. Min undersøkelse mener jeg viser at når brukere blir gitt tillitt, så viser de seg tilliten verdig. Måten diskusjonene utvikler seg i intervjuene, og hvilke endringsforslag og

tiltaksforslag som fremkommer, mener jeg viser dette. I tillegg så observerte jeg stor grad av gjensidig respekt blant deltakeren.

Co produksjon er essensielt for å møte en rekke økende sosiale utfordringer som hverken myndighetene eller borgerne har de nødvendige ressursene for å løse alene (Pestoff, 2012). Jeg tenker for det første på den varslede eldrebølgen der, hvis vi skal videre føre de tjenester vi har i dag, med det antallet menneskelige ressurser som kreves, ser ut til at vi vil komme i manko på kvalifisert helsepersonell. For det andre tenker jeg på den økte innvandringen, der stor innvandring på kort tid, skaper tydelige problemer med integrering og andre utfordringer. I Sverige har de nå begynt med asylmottak drevet av innvandrerne selv. Dette synes jeg er en veldig spennende måte å se co-produksjon på. For det tredje en økende knapphet på goder, særlig synliggjort i middelhavslandene (Spania, Hellas, og Italia) men også Portugal, gjennom forrige globale økonomiske krise. En økende befolkning der flere og flere går på trygdeytelser, vil sette store krav til hvordan vi skal løse fremtidens offentlige tjenester.

For det fjerde, tanken om den enkeltes medbestemmelsesrett, der brukermedvirkningstanken står helt sentralt. Alle lover og retningslinjer som har blitt utformet de senere årene som innebærer offentlige tjenester, ytelser eller helsevesenet, innehar elementer av dette. Co-produksjon, som en ny måte å tenke løsninger i den offentlige forvaltningen, bør være en naturlig del av dette i fremtiden.

Det er legitimt å spørre om co-produksjon bare er gammel vin i nye flasker, eller kanskje mer en neo-liberal hype designet for comeback for staten og promotere mer frivillighet. Argumenter for at dette ikke er tilfellet er at co-produksjon består av en tilnærming som skiller seg fra tradisjonelle responser som frivillighet, marginalisering og paternalisme (Pestoff, 2012, s.5).

#### **5.4.Læring og praksisfellesskap.**

Flerstegsfokusgruppeintervju (Hummelvol, 2010) er en bestemt måte å møtes på. Det skjer noe når mennesker som i utgangspunktet er i skjev maktfordeling overfor hverandre, i alle fall sett i et behandlingsperspektiv, møtes på denne måten. Det dannes nye identiteter, der de gamle blir utvisket. Det dannes nye læringsplattformer, og det oppstår læringssituasjoner der fellesskapet danner læringsutgangspunktet, sosial læring. Wenger og Lave kan kanskje si noe om hva som skjer (Wenger, 2004) (Lave & Wenger, 1991).

Sett i lys av et brukermedvirkningsperspektiv og i et behandlingsperspektiv, er fristende å si noe om at å jobbe på denne måten, er identitetsendrende. Jeg mener å ha belegg for at flerstegsfokusgruppeintervju som metode synes å ha hatt en aktiverende virkning på medforskernes deltagelse i granskningen av erfaringer og kunnskaper som for en del er uartikulert (har karakter av å være innforstått, taus kunnskap). Undertegnede har opplevd deltagerne som engasjerte. Dette kan skyldes at det har vært muligheter for å gå i dybden av relevante problemstillinger knyttet til det fokuserte tema, og fordi man som medforsker spiller en aktiv og nødvendig rolle i prosessen med å skape praksisrelevant kunnskap. I og med at referansepunktet for flerstegsfokusgruppeintervjuene ligger i den enkeltes opplevelser, følelser, erfaringer og vurderinger, har deltagerne kommet tydelig frem for hverandre. Dette ser ut til å ha hatt en gunstig effekt på fellesskapsfølelsen, og dermed på samarbeidsforholdet. Det kan virke som at denne formen for kunnskapsdialog har bidratt til medlæring gjennom metodens dialogiske karakter, noe jeg mener kan knyttes opp til Lave og Wengers teori om sosial læring og Wengers teori om Praksisfellesskaper.

Gitt det vi vet om rusavhengige og psykiatri, så dreier det seg ofte om å iverksette endringsprosesser i f.eks. behandling. Wengers teori om praksisfellesskaper gir nettopp dette, muligheter for endring og endringsprosesser, når man jobber i en co-produksjonsprosess. Wengers teori om praksisfellesskaper gir et innblikk i hva som kan og muligens skjer i flerstegsfokusgruppe intervjuer. Det dannes praksisfellesskaper, på tvers av faglig ståsted og hvor man er i sin prosess som menneske. Disse praksisfellesskapene er identitetsendrende, sier Wenger. Gjensidig gjenkjennelse skaper grunnlag for ny identitet. I opplevelsen av gjensidig gjenkjennelse er deltakelsen en kilde til identitet. Når vi gjenkjenner gjensidighet i våres deltakelse, blir vi en del av hverandre, og praksisfellesskaper dannes (Wenger, 2004, s.71).

Den nye viten er således ikke bare at man har kommet frem til resultater som settes ut i praksis, men at man i fellesskap, pasienter/brukere, personell/konsulenter og ledere i fellesskap (co-produksjon) kan komme frem til resultater som er bedre for institusjonene, enn man kunne gjort alene.

### **5.5. Implikasjoner for videre praksis. Hva har min undersøkelse tilført av ny kunnskap?**

Co-produksjonsmetoden sett i lys av sosial læring og teorien om Praksisfellesskaper kan bidra til å utvide forståelsen av arbeidsplassen. Pasienter og brukere kan også sees på som kolleger når det kommer til å kunne utvikle nye og forbedrede tjenester. For å kunne hjelpe noen, må de som skal hjelpes involveres i prosessen, få et eierskap til behandlingen og eget liv. Dette går som en rød tråd gjennom alt som diskuteres i intervjuene. For å få friske pasienter i rus og psykiatri, må man ha pasientene med på lag, og brukeren må eie egne prosesser i nav systemet.

Co-produksjonsmetoden ivaretar brukermedvirkning i alle ledd, ikke bare i egen sak og eget liv, men for andre også, i utviklingen av tjenester. Det ligger sterke føringer på at brukermedvirkning skal være en betydelig del i utøvelsen av helsetjenester og offentlige tjenester generelt, både lovmessig og politisk. Co-produksjonsmetoden kan bidra til dette.

Bare det å jobbe på denne måten, mener jeg skaper en ny forståelse og viten. Ved å se bakenfor tradisjonelle regler og tidligere praksis, skapes det muligheter for å endre hele tankesettet på hvordan man utøver offentlige tjenester. Wengers teori om praksisfellesskaper belyser dette, løfter det, og setter det inn i en sosial læringsteori som jeg tror mange kan få gjenkjenning på.

Jeg fikk tilbakemeldinger underveis i intervjuene, at det å være med på forskningsprosjektet, opplevdes som bedre behandling enn selve behandlingen, og at mange pasienter prioriterte å være med på forskningen, fremfor å gå til terapeut, at man tilpasset og fikk byttet tidspunkter for møte med behandler. I tillegg uttrykte lederne at de opplevde intervjuene i Co-produksjonsmetoden som ren kompetanseheving. Hvordan kan dette forklares? Muligens ved at gjensidig påvirkning kan skape nye identiteter, og at gjensidig påvirkning nærmest kan ha gitt behandlende og utdannende effekt. At det å behandle pasienter og brukere som helt vanlige mennesker, være inkluderende, at det i seg selv er berikende, det er sikkert noe de fleste vil være enige i. I tillegg det rent menneskelige i det, det å inkludere for inkluderingens skyld. Men når det er sagt, er det liten tvil om at inkludering gjør noe med oss, det gir håp. Kanskje det er her svaret på hvorfor man opplever å møtes på denne måten som mer behandling enn behandlingen selv. Dette kunne vært interessant å undersøke videre.

## 6. Konklusjon.

Å skrive denne oppgaven har vært en formidabel oppgave, noe av det mest krevende jeg har gjort. Jeg har måttet være villig til å se på meg selv i et nytt lys, der min forforståelse har gått ved min side, nærmest som en ærlig og god venn. Ikke nødvendigvis en venn som har vært enig i alt jeg har tenkt og foretatt meg underveis, men en venn som har tvunget meg til å se dypere i meg selv. Jeg har hele tiden måtte tenke på denne vennen, og hvordan denne har påvirket meg i alt jeg har tenkt og gjort. Dette har vært vanskelig, og mange ganger har jeg gått i den fellen å anta og synse om hvordan ting har hengt sammen. Dette har ofte speilet seg i måten jeg har ordlagt meg på, og jeg har måttet ordlegge meg på nytt.

I denne oppgaven har jeg prøvd å bidra til å vise at Co-produksjonsmetoden gir grunnlag for å diskutere tema, som igjen fremkommer som endringsforslag og tiltaksforslag i et dialogseminar. Undersøkelsen har vist at gjennom selvmyndiggjøringskurs så kan man sette deltakerne i stand til å diskutere tema gjennom flerstegsfokusgruppeintervjuer, og i andre ender komme ut med tiltaksforslag for endringer i tjenestene ved en DPS institusjon, og et lite nav kontor. Undersøkelsen viser at når man gir ansvar til pasienter og brukere, så er de seg dette ansvaret bevisst, og er fullt i stand til å bidra i co-produksjon av ny kunnskap, til bruk og forbedring av tjenestene.

Jeg er av den oppfatning at det har funnet sted co-produksjon gjennom Co-produksjonsmetoden, og at dersom de blir fulgt opp og iverksatt, vil kunne ha betydning for utvikling av tjenestene. Om de vil kunne tilføre en endring av praksisen, vil avhenge av nettopp dette. Dette kunne vært interessant å undersøke nærmere på.

Osborne og Strokosch har systematisert brukermedvirkningen i tre modus, som gjør det enklere og klarer å forstå hvilket nivå co-produksjonen befinner seg på.

Ved å belyse min undersøkelse med Lave og Wenger, mener jeg å kunne hevde at det kan ha funnet sted sosial læring i gruppene, og at dette kan ha gitt grobunn for å si at det har oppstått praksisfellesskaper. Praksis som fellesskap, gir identitet som medlemskap. Når man er medlem og inkludert, kan man oppleve gjenkjenning i gjensidighet. Gjensidig gjenkjenning skaper praksisfellesskaper. Dette kan oppleves som identitetsskapende, og være med på å gi deltakerne nye forutsetninger for å kunne gå i endringsprosesser. Denne måten å tenke læring på sammenfaller godt med brukermedvirkningstanken, og gir et godt bilde på hvorfor og hvordan kunnskap bør skapes i et partnerskap (co-produksjon) når det kommer til offentlige tjenester og helsevesenet. Dette er ikke noe nytt, men vi har kanskje ikke vært flinke nok til å



se nytten tidligere. Det har sikkert vært mange forsøk og gjort mye godt arbeid på denne måten, uten at det eksplisitt har vært tenkt på som praksisfellesskaper eller co-produksjon. Jeg håper min undersøkelse kan bidra til å se nytten av co-produksjon i fremtiden.

Co-produksjonsmetoden er en måte å jobbe på som sikrer deltakelse fra alle parter ved nav og rus/psykiatri behandling, fra bruker/pasient, via personell/konsulenter, til ledelse. Den sikrer brukermedvirkningsperspektivet, samtidig som den ivaretar ansatte og fagpersonellens side.

Det finnes lite forskning på forsterket/forbedret co-produksjon, modus 3 hos Osborne og Strokosch. Det kunne vært spennende å se nærmere på dette, og hvilke implikasjoner co-produksjon på dette nivået ville ha på utøvelsen av fremtidige offentlige tjenester og helsevesenet.

Underveis i intervjuene fikk jeg tilbakemeldinger fra pasienter og brukere om at prosessen i Co-produksjonsmetoden opplevdes som mer behandling enn behandlingen selv, og ledelsen uttrykte at dette var ren kompetanseheving. Det kunne vært interessant å se på hva som ligger i disse utsagnene, og hvilke implikasjoner det ville kunne ha for utviklingen av fremtidige tjenester, sett i lys av et co-produksjonsperspektiv. For meg blir det nærliggende å stille spørsmål om det er noen sammenheng mellom disse utsagnene, og det potensialet som ligger i forbedrende/forsterket co-produksjon. Dette hadde vært spennende å undersøke nærmere.

## Referanser:

- Arnstein, S. R. (1969, July). A Ladder of Citizen Participation. *AIP Journal*, ss. 216-224. Hentet april 18, 2015 fra [http://www.historyofsocialwork.org/1969\\_ENG\\_Ladderofparticipation/1969,%20Arnstein,%20ladder%20of%20participation,%20original%20text%20OCR%20C.pdf](http://www.historyofsocialwork.org/1969_ENG_Ladderofparticipation/1969,%20Arnstein,%20ladder%20of%20participation,%20original%20text%20OCR%20C.pdf)
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid. Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Bovaird, T. (2007). Beyond engagement and participation-user and community co-production of public services. *Public administration Review*(67), ss. 846-860.
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005, November 9). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *QUALITATIVE HEALTH RESEARCH*, ss. 1277-1288.
- Hummelvoll, J. K. (2010). Flerstegsfokusgruppeintervju-en sentral metode i deltagerbasert og handlingsorientert forsknings samarbeid. *Klinisk sygepleie*, 24.(3), ss. 4-13.
- Hummelvoll, J. K. (2003). *KUNNSKAPSDANNELSE i praksis Handlingsorientert forsknings samarbeid i psykiatrien*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johannessen, A., & Natland, S. (2011). *Samarbeidsforskning i praksis*. (A. M. Støkken, Red.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Needham, D., & Carr, S. (March 2009. Review date: March 2012). *Co-production: an emerging evidence base for adult social care transformation*. London: social care institute for excellence.
- Osborne, S. P., & Stokosch, K. (2013). It takes two to tango? Understanding the co-production of public services by integrating the services management and public administration perspective. *British Journal of Management*(24), ss. 31-47.
- Parks, R. B., & et al. (1981 & 1999). Consumers as Co-producers of Public Services; Some Economic and Institutional Considerations. (M. Ginnis, Red.) *Policy Studies Journal*, ss. 1001-1011.
- Pestoff, V. (2012). Co-Production and The Third Sector Services in Europe-some crucial conceptual issues. I V. Pestoff, T. Brandsen, & B. Verschuere, *New public governance, the third sector and co-production*. New York: Routledge.
- Rundberg, M. (2009, 3). Wengers praksisfellesskap. *Bedre skole*, ss. 54-59.
- Simmons, R., & Birchall, J. (2005). A Joined-up approach to User Participation in Public Services: Strengthening the Participation Chain. *Social Policy & Administration*(39), ss. 260-283.
- Tritter, J. Q., & McCallum, A. (2006). The snakes and ladders of user involvement: moving beyond Arnstein. *Health Policy*, 76, ss. 156-168.
- Vargo, S. L., Maglio, P. P., & Archpru Akaka, M. (2008). On value and value co-creation: a service system and service logic perspective. *European Journal of Management*, ss. 145-152.

Wenger, E. (2004). *Praksisfællesskaber*. København: Hans Reitzels Forlag.



Tone Larsen  
tone.larsen@enivest.net  
Psykiatrisk klinikk  
Helse Førde

Deres ref	Vår ref	Dato
	2010/1641	30.06.10

**Ad. Prosjekt: Brukermedvirkning i tjenesteutvikling.**

Det vises til prosjektsøknad, datert 27.05.2010.

REK Vest behandlet søknaden i møte den 17.06.2010.

Et økende antall rapporter anerkjenner effektene av å inkludere bruker av helsetjenester som medforsker i prosjekter med fokus på brukermedvirkning.

Utgangspunktet for denne studien er en planlagt omorganisering av tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Bruker og tjenesteyter ved Post 6, Psykiatrisk klinikk, Avdeling Tronvik i Helse Førde ønskes inkludert på et tidlig tidspunkt i gjennomføringen slik at de selv får være med å utforme handlingsplanen.

Komiteen anser forskningsprosjektet som helsetjenesteutvikling og dermed ikke fremleggelsespliktig for REK. Komiteen har ingen innvendinger til at studien publiseres.

Komiteen innvilger søknad om unntatt offentlighet for deler av protokollen med hjemmel i personopplysningsloven § 13.

En gjør oppmerksom på at prosjekter som innebærer behandling av personopplysninger (herunder aidentifiserte opplysninger) skal fremlegges for personvernombudet.

Ved tak:

*Søknaden avvises da prosjektet ikke er fremleggelsespliktig. Prosjektet kan således i prinsippet gjennomføres uten godkjenning fra REK, som ikke har innvendinger mot at resultatene evt. blir publisert.*

Vennlig hilsen

Jon Lekven  
leder

Anne Berit Ølmheim  
sekretariatsleder

---

Postadresse:	E-post: <a href="mailto:rek-vest@uib.no">rek-vest@uib.no</a>	Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest-Norge	Besøksadresse:
REK Vest	Hjemmeside:		2. etasje, sentralblokken,
Postboks 7804	<a href="http://helseforskning.etikkom.no/xnet/public">http://helseforskning.etikkom.no/xnet/public</a>		Haukeland universitetssykehus
5020 Bergen	Org no. 874 789 542	Telefon 55 97 84 97 / 98 / 99	

(Brevet er godkjent for elektronisk utsending uten signatur)

Kopi:

Forskningsansvarlig: [post@helse-forde.no](mailto:post@helse-forde.no)

**Ny ordning fra 01.07.09:**

*En gjør oppmerksom på at denne søknaden er vurdert i henhold til helseforskningsloven, som ble satt i kraft 01.07.09. Dette innebærer at REK fra og med denne dato har kompetanse til å godkjenne opprettelse og endring av forskningsbiobank, å innvilge dispensasjon fra taushetsplikt og å gi tillatelse til bruk av personopplysninger til forskning. Saker som er søkt Helsedirektoratet, NSD eller Datatilsynet vedrørende ovennevnte, vil utelukkende bli behandlet av REK. Dette for å unngå parallellbehandling av saker nå i overgangsfasen.*

*De regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk foretar sin forskningsetiske vurdering med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jfr. forskningsetikkloven § 4. Saksbehandlingen følger forvaltningsloven. Komiteenes vedtak etter forskningsetikklovens § 4 kan påklages (jfr. forvaltningsloven § 28) til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. Klagen skal sendes REK Vest (jfr. forvaltningsloven § 32). Klagefristen er tre uker fra den dagen du mottar dette brevet (jfr. forvaltningsloven § 29).*

## MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.4) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Prosjektittel		
Tittel	Co-produksjon: Et utviklingssamarbeid mellom pasienter/brukere, personell og ledelse	
2. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Helse Førde HF	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, vennligst ta kontakt med personvernombudet.
Avdeling/Fakultet	Helse Førde HF	
Institutt		
3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		
Fornavn	Tone	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.
Etternavn	Larsen	
Akademisk grad	Høyere grad	Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.
Stilling	PhD-stipendiat	
Arbeidssted	Helse Førde	
Adresse (arb.sted)	Postboks 1000	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Postnr/sted (arb.sted)	6807 Førde	
Telefon/mobil (arb.sted)	95830447 /	
E-post	tone.larsen@helse-forde.no	
4. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja • Nei ○	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Fornavn	Ronny Rene	
Etternavn	Nielsen	
Akademisk grad	Lavere grad	
Privatadresse	Kommandør Herbst gt. 12	
Postnr/sted (privatadresse)	3290 Stavern	
Telefon/mobil	40167652 /	
E-post	orka_rn77@msn.com	
5. Formålet med prosjektet		
Formål	1. Uprøving av Co-produksjonsmetoden. 2. Å følge TUTeamet og Idesmiene (se info). Co-produksjonsmetoden ble utviklet i forskningsprosjektet "Personal- og brukermedvirkning i tjenesteutvikling" (Prosjektnr: 24667). Nå vil TUTeamet prøve ut og evaluere Co-produksjonsmetoden i nye kontekster. TUTeamet er et fireparts samarbeid mellom brukere, personell, ledelse og forsker. De vil tilrettelegge for et utviklingssamarbeid mellom pasienter/brukere, personell og ledelse, slik at de evaluerer, endrer og samskaper tjenestene/behandlingstilbudet selv. Et komplementært likestilt samarbeid mellom aktørene er fundamentet for metoden og verdigrunnlaget i TUTeamet. TUTeamet og Idesmiene vil bli studert med tanke på utvikling av en ledelsesmodell.	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.  Maks 750 tegn.
6. Prosjektomfang		

Velg omfang	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Enkel institusjon</li> <li>● Nasjonalt samarbeidsprosjekt</li> <li>○ Internasjonalt samarbeidsprosjekt</li> </ul>	Med samarbeidsprosjekt menes prosjekt som gjennomføres av flere institusjoner samtidig, som har samme formål og hvor personopplysninger utveksles.
Oppgi øvrige institusjoner	Post 3 og Post 5 i Psykiatrisk klinikk. Mulige samarbeidsparter: NAV Høyanger og NAV Eid. I tillegg forsettes samarbeidet med post 6, der følges Idesmiias referat og progresjonskart	
Oppgi hvordan samarbeidet foregår	Post 3 og Post 5 i Psykiatrisk klinikk i Helse Førde ønsker å prøve ut Co-produksjonsmetoden. Målet er også å få med NAV lokalt i to tilhørende kommuner i dette prosjektet. Det er blitt etablert et Tilrettelegging og Undervisningsteam (TUTeamet) som implementerer metoden og tilbyr undervisning. Teamet består av medforskere fra nevnte PhD-prosjekt fra pasientene, personell og ledelse, i tillegg til PhD/Post-dok stipendiat Tone Larsen og student Ronny Rene Nielsen. TUTeamet har etablert et planleggings samarbeid med ledelsen i de to postene og ledelsen for Psykiatrisk klinikk og Nordfjord Psykiatrisenter. Dette samarbeidet har bestått i møtevirksomhet og vil kontraktfestes når alt er klarert fra NSD. Videre samarbeid blir kontinuerlig veiledning av ledelsen mens metodeimplementeringsprosessen er i gang. Dersom NAV er villige til å delta, inkluderes NAV- ledelsen i veiledningen også. De fire organisasjonene vil gjennom metodeimplementeringen få verktøy til å samarbeide og samhandle om tjenesteutvikling på en måte som inkluderer pasienter, personell og ledelse. TUTeamet tilrettelegger, underviser og veileder i disse prosessene, men organisasjonene forplikter seg til å samarbeide seg i mellom. I tillegg har ledelsen ansvar for at pasienter/brukere og personell får veiledning gjennom prosessene. Dette er for å tilrettelegge for at metoden integreres i organisasjonenes virksomhet, og at de med Co-produksjonsverktøyene kan opprettholde kontinuerlig tjenesteutvikling også etter at TUTeamet er ferdig med utprøvingen.	

## 7. Utvalgsbeskrivelse

Utvalget	<p>Brukere/pasienter, personell og ledelse for post 3 og post 5 i Psykiatrisk klinikk Helse Førde. Det jobbes for å få etablert et samarbeid med NAV Høyanger og NAV Eid.</p> <p>Nåværende og fremtidige medlemmer i TUTeamet. I tillegg vil deltakere i Idesmiene tilknyttet post 3 og post 5 og på post 6 bli omtalt i anonymisert form i Progresjonskartet. Post 6 har også referater fra Idesmia.</p>	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om. F.eks. et representativt utvalg av befolkningen, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, innsatte.
Rekruttering og trekking	Det blir et Informasjonsmøte med personell, brukere/pasienter og ledelse i hver kontekst. Det rekrutteres også kontinuerlig gjennom studiet.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø, eget nettverk.
Førstegangskontakt	TUTeamet har vært i møte med avdelingssjef for Psykiatrisk klinikk, seksjonsleder for Psykiatrisk klinikk seksjon Tronvik og enhetsleder for post 5. På Nordfjord Psykiatrisenter har vi møtt Avdelingsoverlegen som også er enhetsoverlege for post 3.	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den.  Les mer om dette på temaside Hva skal du forske på?
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	
Antall personer som inngår i utvalget	200-230	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja ○ Nei ●	Begrunn hvorfor det er nødvendig å inkludere myndige personer med redusert eller manglende

Hvis ja, begrunn		<p>Samtykkekompetanse.</p> <p>Les mer om Pasienter, brukere og personer med</p>
<b>8. Metode for innsamling av personopplysninger</b>		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Spørreskjema</li> <li>■ Personlig intervju</li> <li>■ Gruppeintervju</li> <li>■ Observasjon</li> <li><input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester</li> <li><input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester</li> <li><input type="checkbox"/> Journaldata</li> <li><input type="checkbox"/> Registerdata</li> <li>■ Annen innsamlingsmetode</li> </ul>	<p>Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).</p>
Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken	<p>Dialogseminar. Deltakende observasjon i Selvmyndiggjøringskurs, veiledning, intervju, dialogseminar og i TUTeamarbeidet. Evalueringsskjema og individuelle intervju med TUTeam medlemmene. Dokumentanalyse av Evalueringsskjema (fra metodeimplementeringen), Referat og Progresjonskartet fra Idesmiene på post 3, 5 og 6, og Handlings og Evalueringsplanene (se vedlagt informasjon).</p>	
Kommentar		
<b>9. Datamaterialets innhold</b>		
Redegjør for hvilke opplysninger som samles inn	<p>Se forrige redegjørelse. Uttalelser om tjenestene og i TUTeamet.</p>	<p>Spørreskjema, intervju-/temaguide, observasjonsbeskrivelse m.m. sendes inn sammen med meldeskjemaet.</p> <p>NB! Vedleggene lastes opp til sist i meldeskjema, se punkt 16 Vedlegg.</p>
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja ● Nei ○	<p>Dersom det krysses av for ja her, se nærmere under punkt 11 Informasjonssikkerhet.</p>
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Navn, fødselsdato, adresse, e-postadresse og/eller telefonnummer</li> </ul>	<p>Les mer om hva personopplysninger er</p> <p>NB! Selv om opplysningene er anonymiserte i oppgave/rapport, må det krysses av dersom direkte og/eller indirekte personidentifiserende opplysninger innhentes/registreres i forbindelse med prosjektet.</p>
Spesifiser hvilke	<p>Studiet er anonymisert, men åpner opp for at enkelte kan omtales med navn dersom de ønsker det i offentlig publisering.</p>	
Samles det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?	Ja ● Nei ○	<p>En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.</p> <p>Kryss også av dersom ip-adresse registreres.</p>
Hvis ja, hvilke?	<p>Noen profesjoner kan være gjenkjennbare på grunn av størrelsen på utvalget.</p>	
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja ● Nei ○	
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Helseforhold</li> <li><input type="checkbox"/> Seksuelle forhold</li> <li><input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger</li> </ul>	
Samles det inn opplysninger om tredjeperson?	Ja ● Nei ○	<p>Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem.</p>
Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?	<p>Profesjonene kan bli omtalt i tredjeperson, da det er snakk om tjenesteutvikling.</p>	



Hvordan informeres tredjeperson om behandlingen?	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	
Informeres ikke, begrunn		
<b>10. Informasjon og samtykke</b>		
Oppgi hvordan utvalget informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	Vennligst send inn informasjonsskrivet eller mal for muntlig informasjon sammen med meldeskjema.
Begrunn		<p>NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 16 Vedlegg.</p> <p>Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.</p> <p>Last ned vår veiledende mal til informasjonsskriv</p>
Oppgi hvordan samtykke fra utvalget innhentes	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Innhentes ikke	Dersom det innhentes skriftlig samtykke anbefales det at samtykkeerklæringen utformes som en svarslipp eller på eget ark. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.
Innhentes ikke, begrunn		
<b>11. Informasjonssikkerhet</b>		
Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste (koblingsnøkkel)	Ja • Nei ○	Har du krysset av for ja under punkt 9 Datamaterialets innhold må det merkes av for hvordan direkte personidentifiserende opplysninger registreres.
Hvordan oppbevares navnelisten/ koblingsnøkkelen og hvem har tilgang til den?	Helse Vest sin forskningsserver. Tilgang: Tone Larsen og Ronny Rene Nielsen.	NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.
Direkte personidentifiserende opplysninger oppbevares sammen med det øvrige materialet	Ja • Nei ○	
Hvorfor oppbevares direkte personidentifiserende opplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?	Slik at de som ønsker det, kan bli referert til ved navn også i referater o.l.	
Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja • Nei ○	
Spesifiser	Signerte samtykker låses i arkivskap.	
Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert datamaskin tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilhørende virksomheten <input checked="" type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Fysisk isolert privat datamaskin <input type="checkbox"/> Privat datamaskin tilknyttet Internett <input checked="" type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input checked="" type="checkbox"/> Notater/papir <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	<p>Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger.</p> <p>Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.</p>
Annen registreringsmetode beskriv		
Behandles lyd-/videoopptak og/eller fotografi ved hjelp av datamaskinbasert utstyr?	Ja • Nei ○	<p>Kryss av for ja dersom opptak eller foto behandles som lyd-/bildefil.</p> <p>Les mer om behandling av lyd og bilde.</p>

Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Personlig sikkerhetskode.	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Dersom det benyttes mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon), oppgi hvilke	Bærbare datamaskiner tilknyttet internettbasert virksomhet i Helse Førde.	NB! Mobile lagringsenheter bør ha mulighet for kryptering.
Vil medarbeidere ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvem?		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	F.eks. ved bruk av elektronisk spørreskjema, overføring av data til samarbeidspartner/databehandler mm.
Hvis ja, hvilke?	Navn på medlemmer tilknyttet TUTeamet. I tverretattlig kontakt med organisasjonene vil navnene fremkomme av epostadressen.	
Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	
Hvis ja, til hvem?	Ja, relevante kontaktpersoner må videreformidles mellom organisasjonene. Dette informeres om på forhånd.	
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, Synovate MMI, Norfakta eller transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraksreguleres
Hvis ja, hvilken?	NVivo.	Les mer om databehandleravtaler her
<b>12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser</b>		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement.
Kommentar		Dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal for alle typer forskning søkes  Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. søke registreier om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole, etc.
Hvis ja, hvilke?		
<b>13. Prosjektperiode</b>		
Prosjektperiode	Prosjektstart:01.09.2013	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når førstegangskontakten med utvalget opprettes og/eller datainnsamlingen starter.
	Prosjektslutt:29.07.2020	Prosjektslutt Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet. Prosjektet anses vanligvis som avsluttet når de oppgitte analyser er ferdigstilt og resultatene publisert, eller oppgave/avhandling er innlevert og sensurert.

Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Datamaterialet anonymiseres</li> <li>■ Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon</li> </ul>	<p>Med anonymisering menes at datamaterialet bearbejdes slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner. NB! Merk at dette omfatter både oppgave/publikasjon og rådata.</p> <p>Les mer om anonymisering</p>
Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?	Koblingsnøkkel slettes.	Hovedregelen for videre oppbevaring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte.
Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?	For å åpne opp for at de som ønsker å assosieres med studiet, skal kunne navngis også etter prosjektslutt.	Årsaker til oppbevaring kan være planlagte oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet.
Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?	På serveren tilknyttet Helse Vest til prosjektslutt.	<p>Datamaterialet kan oppbevares ved egen institusjon, offentlig arkiv eller annet.</p> <p>Les om arkivering hos NSD</p>
<b>14. Finansiering</b>		
Hvordan finansieres prosjektet?	Helse Førde, evt. Regionalt Kompetansesenter for Rusmiddelforskning i Helse Vest, og/eller Helse Vest.	
<b>15. Tilleggsopplysninger</b>		
Tilleggsopplysninger	Intervjuguider og evalueringsskjema vil bli ettersendt fortløpende etterhvert som metodeimplementeringen går fremover.	
<b>16. Vedlegg</b>		
Antall vedlegg	3	



Universitetet  
i Stavanger

NSD

Juni Skjold Lexau

Dykkar ref.:

Vår ref.:

Dato: 18.09.2013

## Samarbeidserklæring

Stadfestar med dette at det er eit formalisert samarbeid mellom Universitetet i Stavanger (UiS) og Helse Førde i Postdoktorgradsprosjektet «*Co-produksjon: Et utviklingssamarbeid mellom pasienter/brukere, personell og ledelse*» som forskar og doktor/postdoktorgradstipendiat Tone Larsen, leiar.

Ved prosjektet blir det no tilsett ein masterstudent, Ronny Rene Nilsen.

Prosjektleiar Tone Larsen er i dag doktorgradskandidat ved UiS og prosjektmedarbeidar Ronny Rene Nilsen er masterstudent ved UiS.

Underteikna, førsteamanuensis Hildegunn Sagvaag ved UiS er vegleiar for begge.

Med vennleg helsing

Hildegunn Sagvaag  
Førsteamanuensis

Sakshandsamar: , tlf.:

# Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt for TUTeamet

«Co-produksjon:

*Et utviklingssamarbeid mellom pasienter/brukere, personell og ledelse.»*

## Bakgrunn og hensikt

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en forskningsstudie. Studien skal prøve ut en metode for utviklingssamarbeid mellom pasienter/brukere, personell og ledelse - *Co-produksjonsmetoden*.

Helse Førde er ansvarlig for forskningsprosjektet, men det inngås samarbeid med Universitetet i Stavanger som tilbyr veiledning for masterstudenten Ronny René Nielsen i prosjektet.

## Hva innebærer studien

Noen av dere har tidligere deltatt i et pilotprosjekt i Helse Førde, andre har kommet til etterhvert. Jeg, Tone Larsen, ønsker nå å bruke din kompetanse i utvikling av metoden, ved at du, sammen med andre deltakere, inngår i Tilrettelegging og Undervisningsteamet (TUTeamet). TUTeamet vil implementere, tilrettelegge, kurse, lede og evaluere Co-produksjonsmetoden når denne skal innføres ved post 3 og 5.

Videre vil jeg, Tone Larsen, gjennomføre en følgestudie av TUTeamet, der jeg tar lydopptak og observerer under møtene. Jeg vil også intervjuer TUTeamet om prosessen underveis. Jeg viser til vedlagt skriv hvor de ulike delene av prosjektet presenteres ytterligere.

## Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta, og du kan når som helst trekke deg fra prosjektet uten å oppgi grunn. Dersom du trekker deg vil alle data om deg bli anonymisert.

Forskningsprosjektet er ikke en del av behandlings/tjenestetilbudet i Helse Førde eller i NAV. Det vil ikke få konsekvenser for ditt forhold til forsker, behandling/tjenester, arbeidsgiver eller andre om du velger å delta eller ikke.

## Hva skjer med informasjonen om deg?

Forsker er underlagt taushetsplikt og data behandles konfidensielt.

I resultatformidling, vil det oppgis hvilke avdelinger i Helse Førde og NAV som har deltatt. Pasienter/brukere vil som hovedregel ikke være gjenkjennbare i publikasjonen. Enkelte ansatte vil kunne være gjenkjennbare i publikasjonen gjennom stilling (lederstilling, profesjon e.l.). Det er imidlertid mulig å reservere seg mot dette.

Da dette er et tjenesteutviklende prosjekt, er det sannsynlig at deltakerne omtaler hverandre i prosjektet. Det vil derfor være uunngåelig at det registreres tredjepersonsopplysninger i prosjektet. Jeg vil imidlertid ikke publisere opplysninger om identifiserbare tredjepersoner, uten å ha innhentet samtykke til det.

Den enkelte deltaker står fritt til å velge å være gjenkjennbar i media, presentasjoner eller publikasjoner. Det er imidlertid viktig at dette ikke går ut over andre deltakere i prosjektet, slik at identiteten til de som ønsker å være anonyme ikke blir avslørt.

«Co-produksjon: Et utviklingssamarbeid mellom pasienter/brukere, personell og ledelse.»

Tone Larsen - Helse Førde/Regionalt Kompetansesenter for Rusmiddelforskning i Helse Vest



Senest ved prosjektslutt, 31.12.2020, vil navnelisten, indirekte personidentifiserende opplysninger og lydopptak bli slettet.

### **Lønn og kompensasjon**

TU Teamet lønnes etter avtale med Helse Førde.

Reise, opphold og materialbruk som er avtalt på forhånd, kompenseres for økonomisk mot godkjent kvittering.

### **Deltakernes ansvar**

Alle deltakerne har et ansvar for å bidra til et positivt samarbeidsklima, hvor man respekterer hverandre og gjør sitt beste for å gi konstruktiv og ærlig tilbakemelding i hele prosessen. Alle deltakerne har et ansvar for at opplysninger om meddeltakere oppbevares konfidensielt.

Forskningsprosjektet er tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD Prosjektnr: 35174). Det er ikke fremleggingspliktig til Regional Etisk Komité.

### **Finansiering**

Dette er en postdoktorgradstudie som har finansieringsgaranti fra Helse Førde og Regionalt Kompetansesenter for Rusforskning i Helse Vest (KORFOR). I tillegg søkes Helse Vest om midler til videre finansiering.

### **Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen.**

Informasjon eller spørsmål til studien, kan rettes til undertegnede.

Forsker **Tone Larsen** kan kontaktes på tlf: **95 83 04 47** eller epost: [tone.larsen@helse-forde.no](mailto:tone.larsen@helse-forde.no)



## Samtykke 2 til deltakelse i forskningen

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon og er villig til å delta i forskningsprosjektet. Jeg er innforstått med at jeg ikke kan gjengi navn og opplysninger om personer som ikke deltar i forskningen. Jeg samtykker videre til at det kan behandles opplysninger om meg som tredjeperson.

Strek under det som gjelder deg:

Jeg har pasient/bruker, personell, ledelse, og/eller forskningserfaring

\_\_\_\_\_

Dato

\_\_\_\_\_

Navn

\_\_\_\_\_

Signert av TUTeam-medlem

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om forskningsprosjektet

\_\_\_\_\_

Dato

\_\_\_\_\_

Signert av forsker Tone Larsen



## **Intervjuguide til T3 og T6 intervjuene.**

1. Hovedspørsmål: Hva kan gjøres for å forbedre tilbudet, og hva ville dere gjort?
  - 1.1. Hva er bra?
  - 1.2. Hva er dårlig?
  - 1.3. Hva er forbedringspotensialet her?
2. Hva er pasienten/brukerens ansvar?
3. Hva er personalets ansvar?
4. Hva er ledelsens ansvar?
5. Hva er vårt felles ansvar?

Stikkord: Evaluere det som er, kompetansehevingsbehov, potensialet, samhandling mellom NAV og Post 3/Post 5.

Handlingsorienterte spørsmål i dialogseminaret: