

Sykepleiernes forståelse og praktisering av brukermedvirkning i kommunens omsorgstjeneste

Wenche Sydvold

Master of Public Health

MPH 2009:6



Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap



Master of Public Health – Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel Sykepleiernes forståelse og praktisering av brukermedvirkning i kommunens omsorgstjeneste				
Författare Wenche Sydvold				
Författarens befattning och adress Spesialkonsulent, Omsorgs- og oppvekstseksjonen Fredrikstad kommune, Postboks 1405 1602 Fredrikstad, Norge				
Datum då examensarbetet godkändes 2009-08-28			Handledare NHV/Extern Førsteamanuensis Rikard Eriksson	
Antal sidor 60	Språk – examensarbete Norsk	Språk – sammanfattning Norsk/Engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-85721-73-3

Sammanfattning

Praktisering av brukermedvirkning krever at sykepleierne ser på brukerne som likeverdige partnere. Det bryter med det tradisjonelle sykepleier-pasientforholdet og krever andre arbeidsmetoder og holdninger. For å kunne få til en slik endring forutsetter det at sykepleierne har nødvendig kunnskap og forståelse for brukermedvirkning og den bakenforliggende ideologien.

Hensikt

Hensikten med studiet var å studere sykepleiernes teoretiske forståelse av begrepet brukermedvirkning og kartlegge hvordan sykepleierne selv opplever at de praktiserte brukermedvirkning i kommunens omsorgstjeneste.

Metode

Det har blitt gjennomført en kvalitativ studie med halvstrukturerte intervjuer. Analysemetode var meningsfortetning og meningskategorisering etter beskrivelse av Kvale. Studien har 20 respondenter fra sykehjem og hjemmetjenesten i en stor norsk kommune.

Resultater

Sykepleiernes kunnskap om brukermedvirkning var i stor grad situasjonsbestemt. Den ble beskrevet ut fra pasientene de selv arbeider med, situasjonene og konteksten. Det ble knyttet usikkerhet til den teoretiske forståelse av begrepet. Brukermedvirkning blir i hovedsak beskrevet som samråd og må forstås som symbolsk deltagelse der pasientenes deltar og gir uttrykker behov eller gir råd uten at de har reell innflytelse eller myndighet. Langt færre beskrev brukermedvirkning som brukerinnflytelse i form av partnerskap der pasienten gis anledning til å ta avgjørelse og oppleve kontroll.

I hvilken grad brukermedvirkning praktiseres avhenger av avveininger i tjenesteutforming, institusjonelle forhold og strukturelle rammer. Sykepleiere opplevde ved håndtering av meningsforskjeller mellom pasient og pårørende en lojalitet overfor pasienten samtidig som de viser forståelse overfor pårørende.

Konklusjon

Sykepleiernes forståelse av brukermedvirkning handler i stor grad om symbolsk deltagelse fordi de gis mulighet til å uttrykke ønsker men ikke fatte endelig avgjørelse. Implementering av brukermedvirkning på systemnivå og en kombinasjonen av teoretisk kunnskap og refleksjon over praksis, vil kunne styrke bevisstheten og vektleggingen av brukermedvirkning.

Nyckelord

brukermedvirkning, partnerskap, sykepleier-pasient forholdet, kommunehelsetjenesten



Master of Public Health – Thesis –

Title and subtitle of the thesis Nurses' understanding and practice of user participation in the municipal care service				
Author Wenche Sydvold				
Author's position and address Special Consultant, Omsorgs- og oppvekstseksjonen [Care & Child Development Section] Fredrikstad Municipal Authority, PO Box 1405 1602 Fredrikstad, Norway				
Date of approval August 28, 2009			Supervisor NHV/External Senior lecturer Rikard Eriksson	
No. of pages 60	Language – thesis Norwegian	Language – abstract Norwegian/English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-85721-73-3

Abstract

The practice of user participation requires nurses to regard users as equal partners. It breaks with the traditional nurse-patient relationship and demands different working methods and attitudes. Achieving such a change requires nurses to have the necessary knowledge and understanding of user participation and the ideology behind it.

Objective

This study aimed to investigate nurses' understanding and practice of user participation in the municipal care service.

Method

We implemented a qualitative study by conducting semi-structured interviews with 20 respondents from nursing homes and home care services in a major Norwegian municipality.

Analysis involved consolidating and categorizing the subjects' intent, as described by Kvale.

Results

The nurses' knowledge of user participation was situational (i.e., they based their descriptions on current patients, situations, and context). Their theoretical understanding of the concept was uncertain. Most described user participation as a consultation that must be understood as symbolic participation, where the patients express their needs or give advice without having any real influence or authority. Far fewer nurses described user participation as user influence in the form of a partnership, where patients are given the opportunity to make decisions and experience control. The extent to which nurses practice user participation depends on trade-offs among services, institutional situations, and structural frameworks. When faced with differing opinions between patients and their relatives, nurses experienced loyalty toward their patients and simultaneously showed empathy for the relatives.

Conclusion

Nurses' understanding of user participation largely deals with symbolic participation because it enables patients to express desires without making any final decisions. Implementing user participation at the system level and combining theoretical knowledge and reflection in practice would strengthen awareness and focus attention on user participation.

Key words

user participation, partnership, the nurse-patient relationship, the municipal health service

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0	INNLEDNING.....	5
1.1	Kunnskap fra tidligere forskning.....	6
1.2	Brukermedvirkning i kommunens omsorgstjeneste.....	7
1.2.1	Brukermedvirkning.....	7
1.2.2	Omsorgstjenesten.....	8
1.2.3	Sykepleiers ansvar for brukermedvirkning.....	9
2.0	TEORETISK RAMME	9
2.1	Helsefremmende arbeid	9
2.2	Makt	11
2.3	Empowerment	13
3.0	PROBLEMFORMULERING.....	14
3.1	Hensikt	14
4.0	METODE	14
4.1	Valg av forskningsmetode	14
4.2	Det individuelle intervjuet	15
4.2.1	Utvelgelse av intervjupersoner	16
4.2.2	Forberedelse til intervjuene	18
4.2.3	Intervjuguide og gjennomføring av intervjuet.....	19
4.3	Bearbeiding og analyse av data	20
4.3.1	Analysemetode	20
4.3.2	Metodisk gjennomføring.	20
4.4	Etikk.....	22
4.5	Metodiske vurderinger	22
4.5.1	Pålitelighet	22
4.5.2	Intern gyldighet og overførbarhet	23
5.0	RESULTATER.....	25
5.1	Betydning og praktisering av brukermedvirkning.....	26
5.1.1	Samråd	26

5.1.2 Individuell tilnærming	28
5.1.3 Mestring.....	29
5.1.4 Teoretisk kunnskap	30
5.2 Betingelser for brukermedvirkning	31
5.2.1 Avveininger i tjenesteutformingen	31
5.2.2 Institusjonelle forhold	33
5.2.3 Strukturelle rammer	34
5.3 Assistanse ved sviktende helsetilstand	36
5.3.1 Motivering	36
5.3.2 Respekt og tilpasning.....	38
5.4 Interaksjonen mellom pasient, pårørende og sykepleier	39
5.4.1 Gjensidig støtte	39
5.4.2 Håndtering av meningsforskjeller.....	41
6.0 DRØFTING	44
6.1 Bevissthet og vektlegging av brukermedvirkning	45
6.2 Grad av brukerinnflytelse.....	47
6.3 Refleksjon over studien	48
7.0 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER	49
8.0 REFERANSER.....	51

VEDLEGG:

1. **Vedlegg:** Søknad om godkjenning for gjennomføring av studien.
2. **Vedlegg:** Brev, forespørsel til den enkelte sykepleier med samtykkeerklæring.
3. **Vedlegg:** Skjema for førsteinntrykk og personlig interaksjon.
4. **Vedlegg:** Eksempel på meningsfortetning på Excel ark.
5. **Vedlegg:** Kategorier og underkategorier illustreres med sitater fra intervjuene.

1.0 Innledning

Retten til brukermedvirkning, som en pasientrettighet, har i sterk grad blitt satt på dagsorden innenfor kommunenes helse- og omsorgstjenesten de seneste årene (Kjønstad 1992). Den bygger på individets rett til å bestemme over seg selv og samstemmer med grunntanken i Folkehelsearbeidet som baseres på individets mulighet for deltagelse, mestring og kontroll over egen livssituasjon (WHO 1986).

En reell brukermedvirkning krever at det tradisjonelle maktforholdet mellom bruker og helsepersonale, der helsepersonale tar de fleste beslutninger, endres (Askheim 2007). På individnivå forutsetter det at brukeren ses på som en likeverdig samarbeidspartner (Stang 2003). Brukerne av helse- og omsorgstjenesten har ofte en svekket helsetilstand. Når ressursene er betydelig redusert kan de oppleve mer avmakt enn mestring og kontroll over livet. Det gir spesielle utfordringer på tilrettelegging for brukermedvirkning og vurdering av når og på hvilket nivå brukermedvirkning kan skje.

Strategien i det helsefremmende arbeidet er å assistere den hjelpetrengende ved brukermedvirkning i en mobiliseringsprosess. Brukermedvirkning som prinsipp bygger på empowerment tenkningen eller bemyndigelse som er en norsk betegnelse (Stang 2003). Det handler om å inngå et samarbeid med brukeren på en måte som styrker selvbildet og gir opplevelse av mestring på områder som brukeren selv opplever som betydningsfulle (SHdir. 2006). Når målene knyttes til det brukeren selv opplever som betydningsfullt vil innsatsviljen styrkes (Bredland et al. 2002). Dette dreier seg om Folkehelsearbeid, der målet er å styrke de faktorer som bidrar til helse.

Sykepleierne, som en av flere faggrupper i omsorgsetaten, er premissleverandører for brukermedvirkning i praksis. For å sikre kvalitet og fagutvikling på dette området er det behov for kritisk refleksjon i forhold til praksis. Brukermedvirkning, der sykepleier og pasient forholder seg til hverandre som likeverdige parter krever andre arbeidsmetoder og holdninger i møtet med brukerne. For å få til en slik endring forutsetter det at sykepleierne har nødvendig kunnskap og forståelse for brukermedvirkning og den bakenforliggende ideologien.

Jeg ønsket å gjøre en studie på sykepleiernes forståelse og praktisering av brukermedvirkning i kommunens omsorgstjeneste. Den kunnskap som studien gir kan bidra til kvalitetsutvikling av tjenestene til brukerne i den kommunale omsorgstjenesten. Kompetanseutvikling på dette området bør skje med utgangspunkt i fagutøvernes holdninger og verdier (Gibson 1991, Rydeman et al. 2005).

Studien har en folkehelsevitenskaplig relevans fordi brukermedvirkning er et sentralt virkemiddel for å fremme helse (WHO 1986). Resultatene av studien vil gi et innblikk i hvordan et helsepolitisk virkemiddel erfare i den praktiske virkelighet. Dette innblikk vil kunne danne grunnlag for beslutninger om hvilke ressurser som må settes inn for å styrke bruken av virkemidlet.

1.1 Kunnskap fra tidligere forskning

Det foreligger studier både i Norden og internasjonalt om brukervedvirkning med fokus på sykepleiere som yrkesgruppe. Studiene omhandler kommunenes omsorgstjeneste, og andre deler av helsesektoren. Forskningsartiklene er søkt opp på databasen PubMed og i Tidsskrift for Den norske legeforening. I studiene brukes ulike begreper om dette tema, fra deltagelse (*involvement*) og innflytelse (*influence*) (Henderson 2002, Rydeman et al. 2005), pasientsentrert kommunikasjon (*person-centred communication*) (McCabe 2004), brukermakt (*patient power*) (Rydeman et al. 2005), delt beslutningsmyndighet (*sharing power*) (Henderson 2002) til partnerskap (*partnership*) (Gallant et al. 2002, Jonsdottir et al. 2004). En studie, basert på innholdsanalyse av sykepleielitteratur, viste også at det var uklarhet i innhold og definisjon av ordet partnerskap. Det argumenteres for at en slik inkonsekvent bruk av ordet gjør det vanskelig å ha et felles ståsted når det kommuniseres om partnerskap (Gallant et al. 2002). En ny norsk kvantitativ studie beskriver omfanget av og former for brukervedvirkning ved et utvalg norske sykehusavdelinger. Resultatene viste store variasjoner i hva slags interaksjon mellom brukere og helsepersonell som ble rapporterte som brukervedvirkning. Det ble trukket i tvil om alle interaksjonene kunne karakteriseres som brukervedvirkning med en reell innflytelse (Steinsbekk & Solbjør 2008).

Hendersons studie (2002) viser at sykepleierne opplever brukervedvirkning som en positivt og riktig arbeidsform. De mente at forutsetningen for at pasientenes skal kunne involvere seg og medvirke er at de mottar nødvendig informasjon og at de er med og deler beslutningsmyndighet, men at dette ikke alltid praktiseres. Flere studier viser at sykepleiere hadde en tendens til å se på brukerne som et objekt. De er mer opptatt av å gjøre sine praktiske oppgaver enn å kommunisere med brukerne (Henderson 2002, McCabe 2004, Jonsdottir et al. 2004). Henderson (2002) fant at noen få var villige til å dele informasjon med pasientene og til å stille opp som partner i et samarbeid hvis pasienten var i form nok eller ønsket det.

Myrphys (2007) studie, en kombinert kvantitativ og kvalitativ studie der 498 sykepleiere deltok, gir opplysninger om hva sykepleierne opplever som faktorer av betydning for kvaliteten i omsorgstjenesten overfor eldre mennesker. Forhold som ble sett på som positive var holdninger i praksis der det ble lagt vekt på styrking av pasienters selvstendighet og autonomi, at personalet hadde nødvendige faglige kunnskaper og at de ble godt kjent med den personen de skulle gi omsorg til. Faktorer som de opplevde som et hinder for kvalitet var mangel på tid til omsorgsoppgaver og informasjon og restriksjoner i pasientenes valgmuligheter og grad av involvering. Andre hindringer var personalets motstand mot endringer og bundethet i rutiner.

Studien til både McCabe (2004) og Tutton (2005) viste at sykepleierne kan kommunisere hvis de bruker en pasientsentrert tilnærming. Tuttons (2005) studie var designet som aksjonsforskning og viste at brukervedvirkning er en dynamisk prosess som er integrert i sykepleiernes arbeid gjennom tilrettelegging, partnerskap, forståelse, innlevelse og følelsesmessig bearbeiding. Studien demonstrerer hvordan sykepleiere gradvis kan bli klar over potensialet og mulighetene for å tilrettelegge for deltagelse.

1.2 Brukermedvirkning i kommunens omsorgstjeneste

1.2.1 Brukermedvirkning

Retten til brukermedvirkning på individnivå bygger på den grunnleggende frihet alle mennesker har og derav retten til å bestemme over seg selv. Selvstendighet, medbestemmelse og likeverd er også demokratiske verdier som er nedfelt både i FNs menneskerettighetserklæring og Norges lover (Selboe et al. 2005, Stang 2003). Sosial- og helsedirektoratet (2006) definerer begrepet brukermedvirkning med:

”brukernes innflytelse på utforming av tjenester. Målet er at: brukermedvirkning skal bidra til kvalitet på tjenestene og at brukeren har økt innflytelse på egen livskvalitet” (side 8)

Bruker skal ses på som ekspert på seg selv og sitt liv. Med det menes at brukerne vet vel så godt, som eksperter eller helsepersonell, hva som er til beste for dem selv. Personen som mottar hjelp settes i fokus fremfor faget og fagutøverne (Stang 2003). Brukermedvirkning bygger også på ideologien i folkehelsearbeidet og empowerment tenkningen om å styrke det hos individet eller i miljø som bedrer helse. Det å styre over viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert i kraft av sin egenverdi vil kunne styrke selvbilde og gi styrket motivasjon og dermed bidra positivt til brukerens bedringsprosess (SHdir. 2006).

Prinsippet om brukermedvirkning står sentralt i de norske helsepolitiske føringene (HOD 1999a, 1999b, 2006, 2008, NOU 1998 og SH.dir. 2006). I Stortingsmelding 25 (2005-2006) ”Mestring, muligheter og mening – Fremtidens omsorgsutfordringer” fastlegger den norske regjering kortsiktige og langsiktige strategier for fremtidens omsorgsutfordringer. Den legger tydelige føringer for en sterkere brukerinnflytelse gjennom brukermedvirkning og individuelt tilpassede tjenester. Det presenteres en strategi for implementering av brukermedvirkning. Brukermedvirkning forventes på flere nivåer; individuelt, systemnivå og politisk nivå:

1. Brukermedvirkning på individnivå det betyr at pasienten medvirker i valg, utforming og anvendelse av de tilbud som til enhver tid måtte være tilgjengelig. Denne tilnærmingen innebærer større autonomi, myndighet og kontroll over eget liv (SHdir. 2006).
2. Brukermedvirkning på systemnivå innebærer at brukerne inngår i et likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet og er aktivt deltagende i planleggings- og beslutningsprosesser gjennom blant annet deltagelse i utvalg og råd. En målsetning på systemnivå er et opplegg for systematisk tilbakeføring av brukererfaringer for å utvikle og kvalitetssikre tjenestene. Et annet mål er at ledere og øvrige ansatte har kunnskap om brukermedvirkning (SHdir. 2006).
3. Brukermedvirkning på politiske nivå handler om at brukergrupper og brukerorganisasjoner blir involvert før politiske beslutninger fattes (SHdir. 2006).

Brukermedvirkning på systemnivå vil i denne sammenheng være kommunen, omsorgsetaten og virksomheten som yter tjenestene. På dette nivå ligger ansvaret for

implementering av brukermedvirkning som arbeidsform. For å få sikret en reell brukermedvirkning mener Sigstad (2004) at det må skje endringer parallelt både på system- og individnivå. Det politiske nivået vil ikke bli vektlagt i denne studien.

1.2.2 Omsorgstjenesten

I ordet brukermedvirkning er tjenestemottager betegnet *bruker*. Bokmålsordboka (2008) forklarer bruker som en person som bruker eller anvender noe og det relateres til en rettighetstenkning. Det å være bruker innebærer både rettigheter og plikter knyttet til medvirkning og ansvar for egen helse og eget liv (Tveiten 2007, Vatne 1998). Begrepet *pasient* benyttes i det lovverket som regulerer helse- og omsorgstjenestene og i spesialloven om pasientrettigheter. Bokmålsordboka (2008) forklarer pasient med en som er syk eller får behandling for sykdom. Noe helsepersonell foretrekker begrepet bruker om omsorgstjenestemottagere fordi brukerbegrepet signaliserer aktivitet fremfor passivitet og ambisjoner snarere enn en faktisk tilstand (Andersen et al. 2000). Andre mener at det vesentlige i denne sammenheng er det relasjonelle aspektet mellom bruker eller pasient og sykepleier (Tveiten 2007). I denne studien vil både pasient og bruker bli benyttet.

Omsorgstjenesten i kommunen består i hovedsak av hjemmetjeneste og tilbud om heldøgns tjenester i omsorgsbolig eller sykehjem. Av det totale antall brukere som oppgis for omsorgsetaten på landsbasis bor 20 % i sykehjem. Resterende bor i omsorgsboliger eller eget hjem og mottar hjemmetjenester (HOD 2008). Omsorgstjenestene presenteres ofte som en "tiltakskjede" der hjemmetjenester er de første tjenestene som tilbys når det oppstår et omsorgsbehov. Langtidsopphold i sykehjem tilbys de brukerne med lavest funksjonsnivå og som er mest hjelpetrengende.

Kommunen har ansvar for å gi tjenester til alle mennesker med behov for omsorgstjenester, uten hensyn til alder eller diagnose. De fleste som mottar kommunale omsorgstjenester er over 80 år. Personer med demens er den største diagnosegruppen (HOD 2006). Over halvparten av mennesker med demens bor i eget hjem (Lystrup et al. 2006). Tre firedeler av alle beboere i norske sykehjem har en demenstilstand (Engedal 2005). Det viktigste symptomet eller kjennetegnet på demens er nedsatt hukommelse, svekket tanke-, kommunikasjons- og orienteringsevne (HOD 2007). Dette er symptomer som har betydning for personens evne og mulighet til brukermedvirkning. Pasientgruppen på sykehjem er ellers svært sammensatt. I 2005 skjedde omlag 40 % av alle dødsfall i sykehjem (Husebø & Husebø 2005). Det forteller om en stor andel brukere med en betydelig svekket almenntilstand.

Sykepleierne er sentrale aktører i både sykehjem og hjemmetjenesten. I Forskrift om sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie § 3-2 sies det at en offentlig godkjent sykepleier skal ha ansvaret for sykepleien (HOD 1988). De er ansvarlige for å gjennomføre medisinske forordninger og gi pleie og omsorg. Det innebærer også vurdering og oppfølging av pasientens tilstand og samarbeide med andre tjenesteytere (Rydeman et al. 2005). Sykepleie som fag handler om å fremme en terapeutisk relasjon.

En strategi som omfatter støtte, empati, profesjonell distanse og kunnskap om egen person (Sahlsten 2005).

1.2.3 Sykepleiers ansvar for brukermedvirkning

Ansvar for brukermedvirkning på individnivå rettes både mot tjenesteyter og pasient, men med hovedvekt på tjenesteyter. Dette forholdet reguleres av pasientrettighetsloven og helsepersonelloven (Sigstad 2004). Den norske Pasientrettighetsloven (1999b) gir pasienter rett til informasjon, til samtykke og rett til medvirkning i saker som gjelder deres egen helse, jmfør § 3-1, § 3-2, § 4.1. Samtidig kom Helsepersonelloven (1999a) som ivaretar det ansvar helsepersonell har i forhold til pasientrettighetslovens § 3-1 og § 3-2. Begge lovene skal bidra til tillit i forholdet mellom pasient og helsetjenesten og ivareta respekt for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd (Tveiten 2007). I Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (2001) avspeiles også disse aspektene.

For at retten til medvirkning skal bli reell er det nødvendig at bruker får tilstrekkelig og tilpasset informasjon, slik at de kan få innsikt i sin helsetilstand, innholdet i tjenestetilbudet og sine rettigheter som tjenestemottager (SHdir. 2006). Mange eldre kan, på grunn av dårlig allmenntilstand eller kognitiv svikt, ha problemer med å kommunisere og forstå innholdet i den informasjonen som blir gitt. Pårørende har da rett til å representere eller medvirke på vegne av pasienten jfr. Pasientrettighetslovens § 3-1, 2. ledd, men det forutsetter at brukeren har samtykket til det, eller at vedkommende ikke har samtykkekompetanse. Medvirkningsretten må alltid utøves i pasientens egen interesse.

Pasientrettighetene er ikke absolutte. De begrenser seg til å gjelde i enkeltvedtak på tildeling av tjenester. Det vil si at man, ikke uten videre, kan kreve bestemte løsninger enten det er en spesiell medisinsk behandling eller sykehjemsplass. Lovverket pålegger imidlertid helsepersonell å sikre brukerne mulighet til påvirkning slik at de tiltak som iverksettes, så lang som mulig, skal bygge på brukernes ønske. Forhold som kan påvirke de endelige beslutningene er faglig skjønn, økonomiske forhold og spesielle lovbestemmelser (Selbo et al. 2005).

2.0 Teoretisk ramme

2.1 Helsefremmende arbeid

WHO (1986) ga ved Ottawa konferansen i 1986 en definisjon av helsefremmende arbeid som:

”Health promotion is the process of enabling people to increase control over and to improve their health”.

Brukermedvirkning kan ses som et redskap i det helsefremmende arbeidet der målsetningen er å gjøre mennesket bedre i stand til å ta kontroll over eget liv og bedre

sin helse. Definisjonen på helsefremmende arbeid tar utgangspunkt i et humanistisk helsebegrep. Det gir en annen måte å definere helse på enn det biomedisinske helsebegrepet, der helse ses på som fravær av sykdom. Aron Antonovsky (1991), som har en humanistisk tilnærming til helse, forklarer at mennesker ikke kan klassifiseres som friske eller syke. Mennesket befinner seg i et multidimensjonalt kontinuum, fra helse til uhelse, og det er menneskets totale historie som avgjør hvor på dette kontinuum de befinner seg. Inklusivt i denne historien er også sykdom. Helsebegrepet innebærer et helhetssyn på mennesket. Det er *salutogene* faktorer i vårt liv som er helsefremmende og *patogene* faktorer som er sykdomsfrembringende. Gode opplevelser i hverdagen som et festlig lag eller en god samtale vil kunne øke vår trivsel, gi indre glede og styrke vår helse. Eksempler på patogenese kan være manglende sosialt nettverk (Antonovsky 1991). Med utgangspunkt i et humanistisk syn vil de valg og den påvirkningsmulighet brukerne i omsorgstjenesten har på sin livssituasjon kunne påvirke deres helsetilstand. Med et humanistisk syn kan helse defineres som *velbefinnende, realisering av vitale mål eller opplevelse av mening og sammenheng* (Medin & Alexanderson 2000).

På WHO's konferanse i Sundsvall 1991 ble det fokusert på nødvendigheten av å etablere støttende miljøer for å oppnå helse. Støttende miljøer blir beskrevet som fysiske og sosiale aspekter i omgivelsene (Haglund & Pettersen 1998). Kriteriet for å være et støttende miljø er at det skal være tilrettelagt slik at individet selv kan ta ansvar. Et annet ord for støttende miljøer har senere vært *helsefremmende arenaer*. WHO (1998) definerer helsefremmende arena som:

"...the place or social context in which people engage in daily activities in which environmental, organisational and personal factors interact to affect health and well being" (side 19).

Hjemmetjeneste og sykehjem må ses på som arenaer der miljømessige, organisatoriske og personlige faktorer innvirker på fremme av helse og velbefinnende for brukerne. Sykepleierne må ha et helhetssyn i møte med brukerne og ha som mål å tilrettelegge for at brukerne styrker sin hverdagsmakt og selvtilit. Sykepleierne er igjen avhengig av å ha en organisasjon og ledelse bak seg med samme verdigrunnlaget som støtter opp om deres arbeid i møte med brukerne (Sigstad 2004). Helse- og omsorgssektoren har, tradisjonelt sett, hatt en hierarkisk oppbygning (Sigstad 2004). Premissene for samhandlingen mellom brukerne og sykepleierne kontrolleres av sykepleierne og det er de og den organisasjonen de er en del av som har ansvaret for implementering av brukarmedvirkning som en ny arbeidsform.

Et støttende miljø kan også ivareta og utvikle menneskers *sosiale kapital*. Sosial kapital kan forklares som individets forbindelse med andre mennesker og de samlede ressurser som er i et sosialt nettverk (WHO 1998). Sosiale relasjoner er viktig og kan være en god støtte for individet i deres livssituasjon. Det vil derfor også være helsefremmende arbeid å bidra til et godt samarbeid med pårørende og andre nærstående til brukere av omsorgstjenesten.

2.2 Makt

For at bemyndigelse (empowerment) skal finnes sted, må det skje en omfordeling av makt. Weber (2000) definerte makt som:

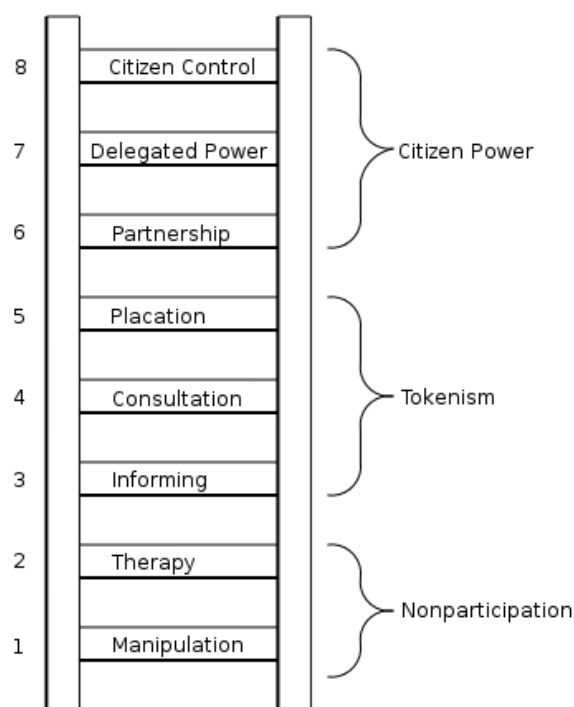
”et eller flere menneskers sjanse til å sette gjennom sin egen vilje i det sosiale samkvem og det selv om andre deltagere i det kollektive liv skulle gjøre motstand” (s. 53).

Sykepleierne må være beredte til å gi brukerne makt eller bemyndigelse over eget liv og anerkjenne dem som aktive og bidragsytende mennesker (Andersen et al. 2000). Dette står for en maktdeling som er i motsetning til den tradisjonelle patriarkalske ideologien der leger og sykepleier har makt fordi de er spesialister. På individnivå kreves det at helsepersonell tar brukeren med som en likeverdig samarbeidspartner (Stang 2003). Det virkemidlet som skal fremme slik omfordeling er i første rekke dialog (Brandstad 2003). Med dialog menes en meningsutveksling som bidrar til at man tar til seg andres perspektiver og forståelser og relaterer dem til sine egne, slik at man får ny innsikt og forståelse (Hauge 2003). Starhawk (1987) benytter ordene *power with* og de beskriver ”klima” i denne dialogen:

”... the energy and optimism created when individuals come together, pool their collective gifts and abilities and learn from each other” ...” influence used as to empower” (side 270).

I de norske helsepolitiske føringene brukes begreper knyttet til brukermedvirkning som; informasjon, samarbeid, innflytelse og partnerskap og dette skal bidra til autonomi, myndighet og kontroll. Ord som åpenbart representerer ulike grad av makt. Andersen et al. (2000) beskriver at graden av brukerinnflytelse kan fremstilles på en skala der inndragelse eller manglende makt er laveste punkt og der makt til å bestemme utgjør det høyeste. Når brukers innflytelse nærmer seg høyeste punkt kan det ses som etablering av en *motmakt* til systemet og de profesjonelle (Andersen et al. 2000). De profesjonelle vil i denne studien dreie seg om sykepleierne.

Arnstein (1969) utarbeidet en modell kalt ”A ladder of Citizen Participation” som illustrerer en gradering av brukerinnflytelse. Arnstein (1969) beskriver at; bunnen av denne stigen er 1. manipulasjon og 2. terapi. Disse beskriver *non-participation* som beskriver at det er ingen deltagelse eller medvirkning. Målet på disse nivåene er ikke medvirkning, men opplæring eller behandling. Trinn 3., 4. og 5. handler om å informere, konsultere og formidle kunnskap. Disse beskrives som *tokenism* eller fritt oversatt, symbolsk deltagelse. På dette nivå gis brukeren mulighet til å lytte og til å uttale seg, men mangler makt til å få gjennomslag. Trinn 5. er et høyere nivå av symbolsk deltagelse fordi det gir brukeren muligheter til å gi råd, uttrykke ønsker og behov, uten at de har anledning til å fatte endelig avgjørelse. Den øverste delen av stigen representerer ulike grader av borgermakt og utgjør reel makt. Trinn 6. er partnerskap, 7. delegert makt og 8. borgekontroll. På dette nivå tar brukeren de fleste avgjørelser eller har full ledelsesmessig kontroll. Illustrasjonen må ses på som en forenkling av virkeligheten (Arnstein 1969).



Figur 1. "A ladder Citizen participation"

Partnerskap, som i modellen over representerer reell makt, er i økende grad blitt et tema knyttet til helse etter at Verdens helseorganisasjon, i 1978, fremmet målet om helse for alle. Den siste tiden har også sykepleie - pasient forholdet blitt beskrevet som et partnerskap (Courtney et al. 1996, Munro et al. 2000, Gallant et al. 2002). Gallant et al. (2002) gjorde en litteraturstudie om partnerskap mellom sykepleier og pasient. De konkluderte med at en felles forståelse av partnerskap er:

"... an interpersonal relationship, between two or more people who work together towards a mutually defined purpose" (side 153).

Partnerskap kjennetegnes både ved struktur og prosess:

1. Strukturen består av faser i forholdet mellom sykepleier og pasient (Gallant et al. 2002). Courtney et al. (1996) deler den opp i innledende fase og en arbeidsfase. I den innledende fasen vil sykepleiere være den som tar initiativ, opptrer som en ressursperson og yter service uten å bestemme. Gallant et al. (2002) beskriver at sykepleierne lytter og hjelper pasienten til å identifisere de forhold som har betydning for tjenestetilbudet. I arbeidsfasen må sykepleieren dele sin ekspertise ved å undervise, tilrettelegge og hjelpe i forhold til valg av fokus og mål. Det beskrives som en gjensidig positiv dialog uten direktiver og hvor sykepleier legger vekt på å forstå pasientens opplevelser (Jonsdottir et al. 2004, Askheim 2000, Gallant et al. 2002, Courtney et al. 1996).
2. Prosess handler om roller og ansvar. Et godt forhold mellom sykepleier og pasient er i seg selv nødvendigvis ikke et partnerskap. Det avhenger av hvordan de

samhandler. To sentrale faktorer i denne samhandlingen er maktdeling og forhandling. I arbeidsfasen deler de kunnskap og håndtering av helseproblemene (Gallant et al. 2002). Selv om pasienten kjenner seg selv og sine egne behov er de nødvendigvis ikke ekspert på faglige forhold som angår deres helse. De har derfor behov for og rett til å ta del i den kompetansen sykepleiere har i forhold til deres helsetilstand. Det er behov for begge kompetanse og begge kompetanse må anerkjennes (Tveiten 2007). Denne fasen beskrives også som bevisstgjøring, og en forutsetning for bevisstgjøring er dialog. Når en pasient og sykepleier er i dialog, er det underforstått at de forsøker å forstå hverandre, bli enige og finne løsninger og kompromisser. Det er en utveksling av perspektiver og gjensidig innflytelse (Branstad 2003).

2.3 Empowerment

Resultatet av brukermedvirkning i partnerskap er *empowerment* eller *bemyndigelse* som er en brukt norsk betegnelse (Stang 2003). WHO (1998) definerer empowerment som:

"In health promotion, empowerment is a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health" (side 1).

Empowerment kan ses på som et middel for å oppleve kontroll over eget liv og for å oppnå helse, men det kan også være et mål i seg selv (Stang 2003). Gibson (1991) forklarer ordet prosess i definisjonen av empowerment som en sosial prosess som omfatter oppdagelse, stimulering og forbedring av menneskers evne til å ivareta sine egne behov, løse sine egne problemer og mobilisere de nødvendige ressurser for å få opplevelse av kontroll over sine egne liv. Empowerment lar seg ikke overføre, men man tilbyr derimot brukeren et handlingsrom, slik at de oppdager og utvikler sine kunnskaper og evner til å kunne ta avgjørelser som fremmer helse (Medin & Alexanderson 2000). Brukermedvirkning, kjennetegnet ved maktdeling og dialog, må ses som et redskap i forholdet mellom brukere og helsepersonell som bidrar til at brukerne selv mobiliserer og tar i bruk egne krefter. Det kan være en bruker, som i samhandling med hjemmetjenesten, finner løsninger eller teknikker slik at hun selv klare å komme seg ut av senga om morgenen og derved oppleve større grad av frihet og selvstendighet.

Brukerne kan tilegne seg ulike strategier for mestring av stress og vanskelige situasjoner. Det kalles *coping* og kan defineres som individets strategier, evne og måter å håndtere vanskelige situasjoner og krav på, men også livet i sin helhet, både en persons ytre og indre virkelighet og de krav som det stiller (Medin & Alexanderson 2000). Forskning viser at det er individuelle forskjeller når det gjelder evne og vilje til å ta kontroll over egen helse (Bjørvell 1999). Enkelte brukerne opplever det at helsepersonell tar beslutninger på vegne av dem selv som trygt. De ønsker å få lov til å være passive mottagere av hjelp, uten å måtte ta ansvar (Sigstad 2004). Det bekrefter nødvendigheten av en individuell tilnærming på tjenestetilbudet.

3.0 Problemformulering

Hensikten med brukermedvirkning er å sikre at den enkelte bruker av omsorgstjenesten gis mulighet for innflytelse i saker som angår dem selv og deres liv. Det innebærer ikke at fag og faginteresser settes til side, men at mennesket som mottar tjenesten settes i fokus. Dette er selve grunntanken i Folkehelsearbeidet (WHO 1986).

Sykepleierne, som en av flere faggrupper i omsorgsetaten, er premissleverandører for brukermedvirkning i praksis. For å sikre kvalitet og fagutvikling på dette området er det behov for kritisk refleksjon i forhold til praksis.

Brukermedvirkning krever at sykepleierne ser på brukerne som likeverdig samarbeidspartnere. Det bryter med det tradisjonelle maktforholdet mellom bruker og sykepleieren og krever andre arbeidsmetoder og holdninger i møtet med brukerne. For å få til en slik endring forutsetter det at sykepleierne har nødvendig kunnskap og forståelse for brukermedvirkning og den bakenforliggende ideologien.

3.1 Hensikt

Hensikten med studien var å studere sykepleiernes forståelse og praktisering av brukermedvirkning i kommunens omsorgstjeneste.

4.0 Metode

4.1 Valg av forskningsmetode

I dette kapitlet drøftes valg av forskningsmetoder sett i forhold til ulike metodiske tilnærmingsmåter. Med metode menes en vitenskaplig måte å nærme seg et emne på (Ejvegård 2000). Den tematiske forståelse av studiens emne, hva som skal undersøkes, er avgjørende for hvilken metode som skal velges (Kvale 2001).

Det første som måtte avklares var om studien skulle ha en induktiv eller en deduktiv tilnærming. Induktiv tilnærming er en strategi hvor det innhentes data om hvordan virkeligheten ser ut med sikte på å utvikle teori. Deduktiv tilnærming er det motsatte, der man tar utgangspunkt i teori som grunnlaget for innhenting av data (Jacobsen 2000). Hensikten med denne studien var å studere sykepleiernes teoretiske forståelse av begrepet brukermedvirkning og kartlegge hvordan sykepleierne selv opplever at de praktiserte brukermedvirkning. Målet var dermed å frembringe ny kunnskap om sykepleiernes forståelse og opplevelse, altså en induktiv tilnærming.

Videre måtte det avklares hvilken type informasjon som skulle innhentes. Jacobsen (2000) forklarer at, dersom det dreier seg om opplysninger som skal omkodes til tall og statistikk, er det klassiske kvalitative måleinstrumentet et spørreskjema. Dreier informasjonen seg om sosiale fenomener, det vil si hvordan mennesker tolker den sosiale virkelighet, må det gjøres via observasjon eller intervjuer der respondenten selv

beskriver. Etter forskerens vurdering dreide denne studien seg om ord, altså kvalitative data. Spørreundersøkelse kunne ha vært benyttet selv om det dreier seg om kvalitative data, men det hadde forutsatt en induktiv tilnærming. Det hadde krevd at kunnskapen var kjent og kategorisert på forhånd, slik at svaralternativene i spørreskjema var gitt. Svaralternativene skal være relevante for de som skal svare. Fordelen med spørreskjema er at det kunne ha vært innhentet svar fra et større utvalg og derved dokumentert et omfang i forhold til svaralternativene eller kategoriene. Metoden ville på den annen side ha gitt sterke begrensninger på informasjonstilgangen (Jacobsen 2000). Alternativt kunne det ha blitt utarbeidet en spørreundersøkelse, med høy andel åpne svarkategorier. Det ville imidlertid ha krevd et analysearbeid av et større materiale, i etterkant. I tillegg ville det ha vært en ulempe at forskeren ikke hadde anledning til å stille utdypende eller oppfølgende spørsmål. I Steinsbekk & Solbjør (2008) sin studie, om brukermedvirkning i sykehus, ble det gjennomførte en spørreundersøkelse med både åpne og lukkede svarkategorier. Metodevalget ble begrunnet med at det var mangel på kunnskap om temaet.

Etter forskerens vurdering var det riktige å velge et åpent og utforskende design ved bruk av kvalitativ metode. En intervjuundersøkelse kjennetegnes ved at forskeren forsøker å samle inn data så åpent som mulig, uten å legge føringer for svarene (Jacobsen 2000). Ulempene med intervjuundersøkelsen er at utvalget blir mindre og av den grunn ikke representativt. Det gjør at man ikke kan trekke for bastante slutninger i analysen av resultatene. Utvalget er mindre fordi en intervjuundersøkelse er langt mer arbeidskrevende enn en tradisjonell spørreundersøkelse i selve analysefasen.

Det finnes flere typer intervjuer med tilhørende metodisk tilnærming. Gruppeintervju, også kalt fokusgruppeintervju, med grupper av sykepleiere fra sykehjem og hjemmetjenesten, ble vurdert som metode (Jacobsen 2000). Kvale (2001) beskriver at interaksjonen mellom intervjupersonene i en gruppe ofte frembringer følelsesladede uttalelser om tema som blir diskutert. Metoden er derfor godt egnet for å få frem uenigheter mellom individer. Jacobsen (2000) beskriver at det i gruppeintervju ofte oppleves at gruppen utvikler en felles forståelse i forhold til spesielle situasjoner eller temaer og at individuelle synspunkter har en tendens til å tones ned. Hensikten med denne studien var å få kunnskap om sykepleiernes egne oppfatninger og gruppeintervjuer ble av den grunn ikke vurdert som egnet. Forskeren valgte i stedet å benytte individuelle intervjuer som metode.

4.2 Det individuelle intervjuet

I dette kapitlet redegjøres det for hva som kjennetegner det individuelle intervjuet. Videre beskrives utvalget av respondenter, forberedelsene til intervjuundersøkelsen, intervjuguiden og gjennomføringen av intervjuundersøkelsen.

Kvale (2001) ser på forskningsintervjuet som en faglig samtale eller konversasjon som har en viss struktur og hensikt. Hensikten med intervjuet er å innhente kvalitative data om personens *livsverden*. Med livsverden menes et perspektiv som beskriver hvordan varierende aspekter av virkeligheten oppleves av mennesker (Bengtsson 1991). I denne

studien var det ønskelig å få kunnskap om den del av livsverdenen som omhandler sykepleiernes forståelse av brukermedvirkning og hvordan de praktiserer den.

Nettopp samtalen gir mulighet for åpenhet og fleksibilitet ved innhenting av data. Intervjuet er en samtale som går dypere enn en spontan meningsutveksling. Den handler mer om en varsom *spørre og lytte tilnærming* i den hensikt å frembringe kunnskap (Jacobsen 2000). Forskeren må legge vekt på å skape en god intervjusituasjon slik at respondenten føler seg motivert til å fortelle om sine erfaringer og følelser. For å kunne oppnå kontakt og fortrolighet i intervjusituasjonen ble det derfor valgt en intervjuform der forskeren møter respondentene ansikt til ansikt.

Intervjuundersøkelser kan ha ulike strukturingsgrad. I denne studien ble det valgt et halvstrukturert intervju. Et halvstrukturert intervju er en delvis styrt samtale samtidig som det har karakter av et dybdeintervju (Kvale 2001). Det er styrt ved at tema er definert og det er utarbeidet en kort intervjuguide med de hovedområder som det var ønskelig å få belyst ut fra teori og tidligere forskning om tema. Halvstrukturert intervju ble valgt også fordi utvalget var relativt stort. Prestruktureringen er en fordel i analysefase. Det blir lettere å strukturere og analysere intervjuene.

4.2.1 Utvelgelse av intervjupersoner

Valg av intervjupersoner ble gjennomført med ønsket om å generere kunnskap om sykepleieres ulike forståelse og praktisering av brukermedvirkning. Det var derfor ønskelig med en strategisk utvelgelse av respondenter med en variasjon i alder, kjønn og arbeidssted.

Utvalgsriterier for intervjuundersøkelsen var:

- 10 sykepleiere fra sykehjem og 10 sykepleiere fra åpen omsorg
- God geografisk spredning
- 50 % stilling eller større
- Ikke arbeid på natt eller på skjermet enhet for personer med demens
- Arbeider direkte med pasienter
- Variasjon i alder ut fra den prosentvise fordeling blant ansatte innenfor samme utvalgsgruppe
- Det var ønskelig å få representert mannlige respondenter selv om disse i forhold til en prosentvis fordeling innenfor utvalgsgruppen ville bli overrepresentert

For å få frem en bredde i datagrunnlaget, var det nødvendig med et visst antall intervjuer. Det ble også vurdert om utvalget burde være fra en eller flere kommuner. Arbeids- og datamengde måtte samtidig ikke være større enn at det kunne håndteres. Det ble derfor valgt respondenter fra en større norsk kommune på 72 000 innbyggere. Kommunen var for noen år tilbake igjennom en kommunesammenslåing med flere mindre kommuner. Det var en oppfatning i omsorgsetaten at det var kulturforskjeller i virksomhetene fordi de hadde hatt ulike kommunetilhørighet. Omsorgsetaten hadde 15 aktuelle omsorgsvirksomheter å velge respondenter fra. Det ble derfor valgt en respondent fra hver av virksomhetene for å sikre en geografisk spredning og to fra de

største virksomhetene slik at det samlede antallet ble 20. Ti var fra sykehjem og ti fra hjemmetjenesten, slik at det ble et likt sammenligningsgrunnlag.

Sykepleierne som skulle delta i studien måtte ha et pasientrettet arbeid. Stillingsstørrelse skulle være fra 50 % til 100 % og ikke i form av arbeid på natt. Dette var viktig for å sikre at respondenten hadde en sammenhengende erfaring i møtet med pasienter. Ideelt sett burde det ha vært lengden på arbeidserfaring som sykepleier og ikke alder i utvalgskriteriene. Det viste seg at den enkelte sykepleiers arbeidserfaring ikke med letthet kunne hentes ut fra personalmappen, slik at dette ble valgt bort. Det ble i stedet lagt til grunn at alder har en viss sammenheng med lengde på arbeidserfaring.

Tabell 4.1. Aldersfordeling på utvalget sammenlignet med etatens sykepleiere etter gitt kriterier i antall og prosent

Alder	Antall sykepleiere i omsorgstjenesten i forhold til kriteriene pr. 1.1.2008	Andel %	Utvalg i forhold til kriteriene 2008	Andel %
23-29	16	10,4	3	15.0
30-39	41	26.6	4	20.0
40-49	52	33.8	8	40.0
50-59	34	22.1	5	25.0
60+	11	7.1	0	0
Sum	154	100.0	20	100.0

Aldersspennet på respondentene var fra 26 - 56 år og med et gjennomsnitt på 41 år. Utvalget samstemte ikke helt med den prosentvise aldersfordelingen på ansatte totalt. Utvalget var allikevel størst i den aldersgruppen det var flest ansatte totalt. Representasjon fra gruppen 60 år og eldre manglet. Det veides noe opp ved at andelen representasjon i aldersgruppen 50 – 59 år var større i utvalget enn for ansatte totalt. Andel mannlige sykepleiere kommunen var på 3,2 %. Det ble valgt to mannlige sykepleiere til utvalget, en fra sykehjem og en fra hjemmetjenesten for å få en fra hver av tjenesteområdene. De utgjorde 10 % av utvalget, altså noe høyere enn for ansatte totalt. Sykepleiere som arbeider i skjermede enhet for aldersdemente ble ikke valgt som respondenter fordi det var ønskelig med erfaring fra flere pasientgrupper. Erfaring fra denne pasientgruppen ville bli ivaretatt da de også mottar hjemmetjenester og oppholder seg også i andre typer sykehjemsavdelinger. Det viste seg allikevel at et par av respondentene arbeidet ved en skjermet enhet. Det hadde skjedd en feil ved utvelgelsen og det ble oppdag under intervjuene. Deres intervju ble allikevel tatt med i studien med den begrunnelsen at de tidligere hadde hatt arbeidspraksis med andre pasientgrupper.

Arbeidet med å plukke ut respondenter ble gjennomført av en personalkonsulent i kommunen. Forsker hadde på den måten ingen forhåndskunnskap om de utvalgte. Det ble satt opp 2 – 3 alternative kandidater fra hver virksomhet. Hvis det ikke passet eller var ønskelig for første alternativ, ble nest forespurt. Det var et frafall på seks sykepleiere som ble forespurt. Dette frafallet ble ikke vurdert som fare for skjevhet i utvalget.

Årsaken til frafallet var i hovedsak sykmeldinger. Kun et par frafall var av ukjent årsak. Kriteriene for utvalget ble overholdt ved at det var satt opp alternative kandidater.

4.2.2 Forberedelse til intervjuene

Plan for intervjuundersøkelsen ble utarbeidet i nært samarbeid med kommunens ledelse ved fagsjef for omsorg. I tillegg ble det skriftlig søkt om en formell godkjenning (vedlegg 1). I den sammenheng ble det også søkt om at intervjuene skulle gjennomføres i den ansattes arbeidstid og at kommunen påtok seg å arkivere intervjuene. Deretter ble det arrangert et informasjonsmøte med virksomhetslederne i omsorgsetaten der tema for intervjuundersøkelsen, formål og planlagt gjennomføring ble presentert. Dette for også å få en godkjenning til deltagelse fra virksomhetenes ledelse. Forankringen i ledelsen ble vektlagt for å gi de ansatte trygghet for deltagelse, og et signal om at studien vil kunne gi kunnskap som ledelsen anser som verdifull.

Brev med forespørsel til den utvalgte i virksomheten ble sendt via virksomhetslederne som også ble bedt om å melde tilbake dersom den forespurte ikke hadde anledning eller ikke ønsket deltagelse (vedlegg 2). Det ble fra forskerens side ikke tatt direkte kontakt med de forespurte før de hadde returnert en skriftlig samtykkeerklæring. Denne ordningen skulle forhindre at de følte press på å si ja til deltagelse. Det ble opplyst om hvor de skulle henvende seg ved ytterligere spørsmål. Ved avslag ble virksomhetsleder tilsendt en ny henvendelse.

I den skriftlige forespørselen orienteres det om bakgrunn for undersøkelsen, tema og utvalgsriterier. Videre blir de informert om at intervjuets varighet vil være inntil en klokke time og at det ville bli gjennomført i arbeidstiden. De ble opplyst om at det ville bli brukt båndopptaker under intervjuene for senere å kunne skrive ned ordrett det de hadde sagt. Videre ble det opplyst at alle opplysninger ville bli anonymisert. Det ble forklart med at det ville bli opprettet en kodenøkkel til båndene med navn på deltagerne i intervjuundersøkelsen. Denne ville bli utarbeidet manuelt, arkivert atskilt fra båndene og ødelagt senest 1.6.2008. Båndene ville bli oppbevart i kommunens arkiv anonymisert i 10 år. Vedlagt i brevet lå to samtykkeerklæringer hvorav den ene skulle returneres i underskrevet stand. I samtykkeerklæringen ble det tydelig uttrykt at de, på et hvilket som helst tidspunkt, har rett til å trekke seg fra studien, uten å måtte begrunne det eller uten at det ville få noen konsekvenser.

Forsker tok kontakt med de forespurte som takket ja til deltagelse og avtalt tid og sted for intervjuet. De fikk selv velge om de ønsket at det skulle skje på egen arbeidsplass eller et annet mer nøytralt sted på rådhuset. Dette for at de skulle oppleve det mest mulig trygt og komfortabelt. Flertallet valgte egen arbeidsplass og det ble på forhånd reservert et rom slik at intervjuet kunne skje uforstyrret.

4.2.3 Intervjuguide og gjennomføring av intervjuet

Som innledning i intervjuet ble noe av informasjonen i den skriftlige forespørselen gjentatt. Videre ble det presisert at det var informantens egen forståelse og opplevelse knyttet til brukermedvirkning som var interessant, ikke hva "læreboka" sa om dette tema. Av den grunn kan man ikke si at noe er rett eller galt. Bruk av lydbåndopptaker ble også forsøkt ufarliggjort slik at det ikke skulle skape stress i intervjusituasjonen. De ble orientert om at hvis de skulle få behov for en pause vil vi kunne avbryte opptaket. Det ble også spurt om de hadde noen spørsmål før oppstart.

Intervjuguiden hadde følgende spørsmål:

- Hva forstår du med begrepet brukermedvirkning?
- Når er det aktuelt med brukermedvirkning og hva er hensikten?
- Hva er betingelsen for å lykkes med brukermedvirkning?
- Hvordan praktiserer du brukermedvirkning i din arbeidssituasjon?
- Hvordan praktiserer de brukermedvirkning i forhold til pasienter med en svekket helsetilstand som ved en langkommet demenstilstand eller i en rehabiliteringssituasjon etter alvorlig sykdom eller skade?
- Hvilken medvirkning har påvirkende?
- Hvordan fattes endelige beslutninger?

Spesielt to av spørsmålene i intervjuguiden var åpne slik at det ga respondentene mulighet til å fokusere på det de syntes var essensielt (merket med pil). For eksempel spørsmålet om hva de forsto med brukermedvirkning. Var svaret "samarbeid mellom pasient og sykepleier", ble det fulgt opp med spørsmålet om de kunne si noe mer om dette samarbeidet? Opplysninger fra de første intervjuene ga dimensjoner som ble fulgt opp i de senere intervjuene. Et tema var sykepleiernes opplevelse av at det lå mer til rette for brukermedvirkning i pasientens hjem enn i sykehjem. Oppfølgingen ga avklaring på om flere hadde denne opplevelsen. Det ble også stilt fortolkende spørsmål som en kontroll på om det som ble sagt ble forstått riktig av forskeren. Dette ble gjort i forhold til bruk av ord eller beskrivelser av dimensjoner. "Når du bruker ordet *diffust*, mener du da at det er vanskelig å definere?"

Etter intervjuet ble respondentene spurt om hvordan de hadde opplevd intervjusituasjonen. Dette som en form for oppsummering og avreagering fra den situasjonen de hadde stått i. Umiddelbart etter hvert intervju skrev også forskeren et notat med førsteinntrykk av hva respondenten hadde formidlet og hvordan den personlige interaksjonen hadde vært i intervjusituasjonen (vedlegg 3). Hensikten med notatet var å få mer opplysninger knyttet til dataene som var innhentet.

Intervjuenes varighet varierte fra 30 til 50 minutter. Det ble benyttet en Sanyo digital diktafon ICR – 100. Lydkvaliteten og batteriholdbarheten var god og det oppstod få tekniske problemer. Det ble gjennomført 3-4 intervjuer per uke.

Før oppstart av intervjuene kunne det ha vært gjennomført noen pilotintervjuer for å prøve ut intervjuguiden og utstyret. Forskeren valgte i stedet og drøftet intervjuguiden med bekjente som var sykepleiere. Et løsningsalternativ var også at hvis guiden ikke fungerte i de to første intervjuene så kunne disse omdefineres til pilotintervjuer og løftes ut av studien. Det viste det seg ikke å være behov for.

4.3 Bearbeiding og analyse av data

I dette kapitlet beskrives de analysemetoder som er benyttet og hvordan analysearbeidet praktisk ble gjennomført. Med analysemetode menes metoder for å organisere intervjuteksten og fortette betydningen, slik at det kan presenteres på en kortfattet måte og arbeide frem det som implisitt blir sagt (Jacobsen 2000). All bearbeiding av datamaterialet og analysen ble gjennomført av forskeren alene.

4.3.1 Analysemetode

Resultatene som presenteres i denne studien handler om sykepleiernes forståelse, oppfatninger og beskrivelser. For å kunne presentere dette materialet vurderte forskeren at en kombinasjon av *meningsfortetning* og *meningskategorisering* var egnet som analysemetoder. Meningsfortetning medfører forkortelse av respondentens uttalelser. Meningen i det som blir uttalt komprimeres og blir mer konsist formulert. (Kvale 2001). Dette var nødvendig for å få en oversikt over stoffet (Jacobsen 2000). Videre i analysen ble meningskategorisering benyttet. Med meningskategorisering menes at uttalelser eller her; de meningsfortettede enhetene, reduseres til kategorier (Kvale 2001). Det er en metode der blikket løftes fra det enkelte intervju til spesielle fenomener som tas opp og belyses i dataene (Jacobsen 2000). For å få oversikt over fenomenene *abstraheres ulike data* til kategorier. Kategoriene benyttes til å fortelle at noen typer data ligner hverandre og forteller om samme tema eller fenomen (Jacobsen 2000). Kategoriene kan igjen kodes til tall eller tegn som viser forekomst eller ikke forekomst av fenomenet i intervjumaterialet. Dette gir en form for kvantifisering av dataene og kan på den måten gi et grunnlag for å vurdere hvor representative kategorier og underkategorier er for intervjumaterialet som helhet (Kvale 2001).

4.3.2 Metodisk gjennomføring.

Det praktiske arbeidet med bearbeiding og analyse av data startet med transkribering av intervjuene. De ble nedskrevet ordrett og med hjelp av en Pc Memo Schriber. Det ble laget retningslinjer på forhånd om at lyder som hm'er eller lignende ble markert som '' (anførselstegn) og tenkepauser som (prikker). Dialektord ble skrevet ned i stedet for omgjøring til bokmål. Følelsesutbrudd som latter ble skrevet som (latter). Kvale (2001) beskriver transkripsjonen som en kunstig konstruksjon av kommunikasjonen fra muntlig til skriftlig form. I overføringen kommunikasjon fra en kontekst til en annen ligger det et fortolkningsselement. Den detaljerte nedskrivningsinstruksen ble utarbeidet for å

redusere fortolkningselementet. Transkriberingen ble gjennomført av forskeren selv for å bli kjent med datamaterialet og få et generelt inntrykk av innholdet.

Arbeidet starter med å lese gjennom hele intervjuet for å få en følelse av helhet. Videre ble dataprogrammet Microsoft Excel benyttet til å bearbeide og organisere datamaterialet. Avsnitt i intervjuene som Kvale (2001) kaller *naturlige meningsenheter* ble kopiert til ark i Excel. Det ble opprettet ett ark for hvert av de sentrale temaene i intervjuguiden. På en måte utgjorde de sentrale temaene i intervjuguiden det første settet med kategorier. All tekst som ble kopiert til arkene ble markert med intervjuets kode og sidehenvisning, slik at det var lett å finne tilbake til teksten i sin helhet. Oppstod det usikkerhet om tolkning eller det var behov for å avklare i hvilken sammenheng uttalelsen ble gitt, var det enkelt å finne tilbake.

Hvert ark ble delt i to kolonner. De naturlige meningsenhetene ble plassert i venstre kolonne og i den høyre ble det utarbeidet meningsfortetninger (vedlegg 4). Den meningsfortattede teksten under det første settet av kategorier ble videre sammenlignet på likeheter og ulikheter. Det medførte flytting av både de naturlige meningsenhetene og tilhørende meningsfortattede enheter mellom kategoriene hvis de naturlig hørte til andre steder. I Excel ligger arkene tilgjengelige som i en kardex der det er enkelt å svitsje mellom arkene og flytte tekst.

Videre ble det arbeidet med konkretisering av kategoriene. Dette var en prosess med vurderinger frem og tilbake og der enkelte kategorier ble delt opp og andre slått sammen. Til slutt dannet kategoriene et tre med hovedkategorier, underkategorier og dimensjoner under underkategoriene. Kategoriernes navn ble i den prosessen også endret slik at de bedre beskrev fenomenet eller tema. Hver og en av de meningsfortattede enhetene ble til slutt markert med den underkategori den tilhørte. Organiseringen av materialet ble styrt av hva som ga best oversikt. Avslutningsvis ble det til hver underkategori laget små tabeller over hvilke intervjuer som hadde hvilke dimensjoner til underkategorien. For eksempel underkategorien *samråd* har flere dimensjoner som *deltagelse...* og *få uttrykke ønsker*. Det ble også laget noen grafiske fremstillinger som visuelt viste antallet på de ulike dimensjonene. I siste fase av analysearbeidet ble det utarbeidet et Word dokument der kategorier og underkategorier illustreres med sitater fra intervjuene (vedlegg 5). Dette ble brukt som en siste vurdering av kategoriseringen.

I resultatdelen presenteres variasjoner i sykepleiernes oppfatninger og erfaringer ved, til en viss grad, å beskrive et omfang i forhold til underkategorier og dimensjoner og ved å beskrive likheter og ulikheter mellom sykepleiere i hjemmetjeneste og sykehjem. Forskjeller i kjønn og alder blir ikke vektlagt, da utvalget av menn og de yngste og eldste aldergruppene var såpass begrenset. Sammenligning på kjønn og alder kunne ha vært gjennomført hvis utvalgsriteriene hadde vært annerledes og gitt sammenlignbare grupper menn og kvinner eller en større spredning i alder. I dette utvalget er den største aldersgruppen midt i alderspennet.

4.4 Etikk

All medisinsk forskning som involverer mennesker skal fremlegges for en regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK). De data som ble innhentes i denne studien om brukermedvirkning dreide seg ikke om helseopplysninger. Dette ble bekreftet ved henvendelse til REK Øst, som av den grunn konkluderte med at studien ikke var meldepliktig. Studien omhandlet imidlertid personopplysninger, det vil si opplysninger og vurderinger som kan knyttes til en enkeltperson. All forskning som innebærer behandling av personopplysninger, herunder aidentifiserte opplysninger, skal fremlegges for personvernombud eller for Datatilsynet (Datatilsynet 2009). NHV hadde ingen tilknytning til Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD) som har en personvernombudsordning for høyskoler og universitet. Denne studien ble derfor fremlagt for Datatilsynet.

Overfor Datatilsynet måtte det avklares om studien var meldepliktig eller konsesjonspliktig. Forskning, der sensitive personopplysninger behandles elektronisk, er som hovedregel underlagt konsesjonsplikt. Dersom det ikke innhentes sensitive personopplysninger, er det kun meldeplikt. Personopplysningsloven (2000) gir en definisjon av sensitive opplysninger. Denne studien ble vurdert ikke å handle om sensitive opplysninger. Et tema som brukermedvirkning dreier seg ikke om oppfatninger som kan skape sterke motsetninger i et samfunn, problemer med enkeltmennesker eller om opplysninger av mer intim karakter. Det ble derfor kun sendt en melding til Datatilsynet der det ble opplyst at oppstart på studien var 1.11.2006. Melding skal fornyes hvis arbeidet ikke er avsluttet innen 3 år. I dette tilfellet avsluttes arbeidet innenfor tidsperioden. Et halvstrukturert intervju kan være noe uforutsigbart. Selv om tema og rammen for intervjuet var gitt, kontrollerte forskeren ikke fullt ut hva sykepleierne ville komme til å fortelle, fra sin praksis. En løsning som ble valgt for å forhindre tilgang på sensitive opplysninger var at respondentene umiddelbart før intervjuet startet ble bedt om at det ikke blir gitt individualiserende kjennetegn på pasienter ved bruk av eksempler fra praksis.

4.5 Metodiske vurderinger

Forskeren har et ansvar for å sikre studiens vitenskaplige kvalitet. Valg av problemstilling og hensikten med studien er styrende for planlegging og valg av metode for undersøkelsen (Kvale 2001). For å oppnå troverdighet kreves det derfor en åpenhet om forskningsprosessens ulike steg. Dette vurderes ivaretatt tidligere i fremstillingen. Dette kapitlet vil omhandle forskerens rolle og forforståelse, studiens pålitelighet, intern gyldighet og overførbarhet.

4.5.1 Pålitelighet

Forskningsintervjuet må ses på som en mellommenneskelig prosess. Den formes både i stil og innhold av de som deltar (Jacobsen 2000). I den situasjonen er det viktig at resultatene fra intervjuundersøkelsen ikke styres av hvem som har gjennomført

forskningen. Forskeren må være bevisst sin påvirkningsmulighet både i intervjusituasjonen og i analyse av resultatene (Kvale 2001).

Forskerens forforståelse av tema kan påvirke resultatene. Det vurderes derfor som riktig at det gis tilgang på den, når resultatene skal vurderes. Forskerens forståelse knyttes i stor grad til egen erfaring som sykepleier; De første erfaringer fikk jeg for mange år tilbake som nyutdannet sykepleier på en kirurgisk avdeling på et sykehus. Stress og stor arbeidsbelastning ga meg den erkjennelsen at jeg stadig sviktet på kommunikasjon og informasjon til pasientene. Senere, når jeg arbeidet innenfor psykiatrien, erfarte jeg hvor viktig kommunikasjon var som "redskap" i møte med andre mennesker for å bidra til å fremme helse. Dette var et fagfelt der det ble gitt tid og rom for kommunikasjon og refleksjon. Brukermedvirkning er i dag en pasientrettighet og det oppleves som et riktig og viktig prinsipp. Jeg tror neppe at oppfyllelse av denne rettigheten "skjer av seg selv" uten at det gjøres en innsats faglig sett. Jeg har aldri selv arbeidet som sykepleier i kommunens omsorgstjeneste. Jeg er spesialkonsulent og arbeider i administrasjonen men er oppdatert på fagfeltet og driftssituasjonen i virksomhetene. Det er derfor spennende med en studie som kan gi kunnskap om hva sykepleiere i omsorgstjenesten har av oppfatninger og erfaringer med brukermedvirkning.

Forskerens fagkunnskap som sykepleier kan ha vært nyttig. Kjennskap til fagområdet og omsorgskulturen, kan ha bidratt til at de rette spørsmålene har blitt stilt. På den annen side kan forskerens fagkunnskap ha gitt en uønsket påvirkning av resultatene i studien på den måten at forskerens reaksjoner, i form av kroppsspråk eller tonefall, kan ha stimulert til en type svar eller vektlegging av spesielle temaer hos respondenten. I analysefasen kan forskeren selv ha blitt påvirket av sitt eget faglige ståsted i vurderingen av det respondentene har formidlet. Forskeren har for eksempel vært spesielt bevisst på sin forforståelse på at praktisering av brukermedvirkning kan være en utfordring for sykepleierne i en hektisk arbeidssituasjon.

Studien er gjennomført i den kommunen som forskeren selv arbeider i og kjenner. Dette er også en forforståelse som kan påvirke resultatene. Både i intervjusituasjonen og analysefasen kan forskeren ha hatt en lojalitet i forhold til ansatte i egen kommune eller til ledelsen. Hadde studien vært gjennomført i en annen kommune ville forholdet vært nøytralt. Argumentet for denne gjennomføringen, tross kjensgjerningen, var størrelsen på kommune og at forskerens samarbeid med virksomhetene hovedsakelig har vært via virksomhetens ledelse. Forskeren kjente svært få sykepleiere som arbeidet direkte pasientrettet i kommunen. Fordelen med at det foregikk i egen kommune var den muligheten forskeren fikk til å forankre studien godt hos ledelsen og den velvillighet de ansatte viste til deltakelse.

4.5.2 Intern gyldighet og overførbarhet

Intern gyldighet eller validitet går på om de data og de konklusjonene som er trukket i studien oppfattes som sanne eller riktige. I samfunnsvitenskapen snakker man i den sammenheng om *intersubjektivitet*. Det forklares med at det er vanskelig å beskrive hva som er objektivt riktig, men det nærmeste vi kan komme sannheten er når flere personer

er enig om at det er en riktig beskrivelse. Jo flere som er enig, jo større sannsynlighet er det for at det er riktig (Jacobsen 2002).

Det er ulike måter å teste intern gyldighet på. En måte å gjøre det på er respondentvalidering der funn og konklusjoner eller utkastet til rapport fra studien sendes til respondentene med spørsmål om de kjenner seg igjen i beskrivelsen. En annen måte er å avholde møter der respondentene deltar og diskuterer funnene (Jacobsen 2000). Dette har ikke vært gjennomført i denne studien og det kan ses som en svakhet. Testene har imidlertid sine begrensninger. Forsker kan ha avdekke forhold som respondentene ikke var klar over og som derfor kan være gyldig, selv om respondentene ikke kjenner seg igjen i beskrivelsen (Jacobsen 2000). En annen mulig kontroll på gyldighet kunne ha vært at flere andre fagpersoner uavhengig analyserte resultatene av studien. Hadde de kommet frem til samme konklusjon hadde gyldigheten blitt styrket (Jacobsen 2000). I denne studien ble det søkt opp erfaringer fra tidligere forskning på dette tema. Om disse studiene har samme problemstilling og resultatene samstemmer. Dette styrker gyldigheten.

Jacobsen (2000) peker på betydningen av kildens nærhet til fenomenet som skal studeres for å få sanne data. Med det menes respondentens evne til å gi riktig informasjon. Det vurderes ikke å være en aktuell problemstilling fordi det er sykepleierne selv som er respondenter. Det kan allikevel reises spørsmål om i hvilken grad utvalget representerer bredden i sykepleiergruppen. Dette er forsøkt ivaretatt gjennom utvalgskriteriene.

Åpenhet om tema og hensikten med studien ved forespørsel om deltagelse, kan ha medført at sykepleierne på forhånd, før intervjuet, har tilegnet seg ny teoretisk kunnskap om tema. Hvis denne kunnskapen preger svarene på bekostning av ærlighet på hva de selv har opplevd og erfart, svekkes gyldigheten. Etablering av en god relasjon i intervjuet ble vurdert som nødvendig for å oppnå ærlighet. Det ble derfor lagt vekt på å skape trygghet i intervjusituasjonen. Notat med førsteinntrykk av hva respondenten hadde formidlet og hvordan den personlige interaksjonen hadde vært i intervjusituasjonen var også ment som hjelp i vurdering av gyldighet i analysefasen. Min erfaring fra intervjuene er at de fleste sykepleierne etter de første innledende minuttene fort ble mer avslappet og mer reflekterende i sin væremåte.

Kritisk drøfting av kategoriseringen er viktig i validering av resultatene. Kategoriene er essensielle fordi disse er benyttet til å ordne forskjeller og etablere sammenhenger mellom fenomener (Jacobsen 2000). Dette ble forsøkt ivaretatt ved at det i utvikling av kategorier kritisk ble vurdert om sammenslåing eller oppdeling av kategoriene førte til andre resultater. I så fall ble det gjort en grundig vurdering av hva som faktisk hadde blitt formidlet. Et eksempel fra studien er at dersom datagrunnlaget til kategorien *samråd* og *teoretisk kunnskap* hadde blitt slått sammen så hadde den teoretiske usikkerheten respondentene hadde til betydningen av begrepet brukermedvirkning ”dominert” innholdet. Sykepleier hadde, på tross av usikkerheten, sin forståelse av brukermedvirkning som de formidlet gjennom å knytte det til eksempler fra sin praksis. En annen måte å validere analysen på kunne ha vært å la en annen forsker foreta en uavhengig kategorisering. Denne løsningen ble ikke valgt. Det ble imidlertid lagt vekt

på å presenteres representative sitater fra intervjuene, slik at leserne selv kritisk kan vurdere.

Forskningsresultatenes overførbarhet eller ekstern gyldighet handler i kvantitative studier om hvor vidt de kan *generaliseres*. Resultatene i denne studien er ikke statistisk generaliserbare. Det vil si de er ikke rettleidende for hva som kommer til å skje i en annen situasjon (Kvale 2001). I kvalitative studier går denne overførbarheten mer på at det fra et mindre utvalg undersøkelsesenheter generaliseres til et teoretisk nivå (Jacobsen 2000). Videre må det argumenteres og sannsynliggjøres at funnene kan generaliseres, men man kan aldri være sikker. Gyldigheten avhenger av om det er relevante likhetstrekk i det som studien beskriver og andre lignende situasjoner. Det avhenger igjen av hvor innholdsrikt og dyptgripende tema blir beskrevet (Kvale 2001). Resultatene i denne studien vil kunne ha en større grad av overførbarhet på sykepleiere som arbeider i omsorgstjenesten i andre norske kommuner enn utenfor Norges grenser. Videre gir studien oss en kunnskap som kan være veiledende for lignende situasjoner.

5.0 Resultater

Gjennom analysen har det dannet seg fire hovedkategorier.

- Den første hovedkategorien beskriver sykepleiernes oppfatninger om betydning og praktisering av brukermedvirkning. Den har tre underkategorier samråd, individuelle tilnærming, mestring og teoretisk kunnskap om brukermedvirkning.
- Deretter beskrives betingelsene for praktisering av brukermedvirkning i andre hovedkategori. Den har underkategoriene avveininger i tjenesteutforming, institusjonelle forhold og strukturelle rammer.
- I hovedkategori tre beskrives sykepleiernes praktisering av brukermedvirkning ved sviktende egenomsorgsevne. Den har to underkategorier, motivering samt respekt og tilpasning.
- Den fjerde hovedkategorien handler om interaksjonen mellom pasient, pårørende og sykepleier og om hvordan sykepleierne håndterer uenigheter. Denne hovedkategorien har to underkategorier, gjensidig støtte og håndtering av meningsforskjeller.

Innledningsvis i intervjuet tok flere respondenter opp den valgmuligheten de har mellom å bruke betegnelsen pasient eller bruker. Alle, utenom en, valgte å bruke ordet pasient og derfor brukes denne betegnelsen i den videre presentasjon av resultatene.

I beskrivelsen av underkategoriene vil det innledningsvis i hvert kapittel presenteres en tabell som viser respondentenes vektlegging av de forskjellige dimensjoner. Det presiseres at den enkelte respondent kan ha vektlagt flere av dimensjonene.

5.1 Betydning og praktisering av brukermedvirkning

5.1.1 Samråd

Tabell 5.1. Dimensjoner av samråd

Samråd	Dimensjoner	S	H	Sum
	Deltagelse, være med, samarbeide	10	9	19
	Få uttrykke ønsker, rådføring	6	4	10
	Påvirkning, innflytelse, selvbestemmelse	1	4	5
	Dialog, drøfte, forhandle frem enighet	2	1	3

Sykehjem = S og Hjemmetjeneste = H

I beskrivelsen av begrepet brukermedvirkning la sykepleierne spesielt vekt på pasientens deltagelse. De er opptatt av at avgjørelser ikke skulle bli *tatt over hodet* på pasienten. De brukte uttrykk som at pasienten må *tas med*, *får delta* eller *få være med* så langt det lar seg gjøre. Grad av deltagelse, fortalte de, avhenger av pasientens helsetilstand. Det kan være pasienter som ikke fullt ut klarer å representere seg selv. For noen pasienter kan grad av evne til deltagelse variere fra dag til dag.

Denne deltagelsen ble nærmere forklart som samarbeid eller en samhandling, i første omgang, mellom pasient og sykepleier, men også pårørende. En sykepleier brukte også uttrykket at de *spiller på lag*. Sykepleierne ble bedt om å utdype på hva de la i dette med samarbeidet. Det innebærer at de *rådfører* seg med pasienten, både ved søknad om tjenester og når de yter tjenester. Sykepleierne i hjemmetjenesten ser på førstegangsmøtet som viktig for kartlagningen av pasientens situasjon før det fattes vedtak om tildeling av tjenester. Da skal pasienten få mulighet til å uttale seg om hva de synes om sin situasjon og fremtid, hva de mener de har behov for, eller hva de ønsker med tanke på utforming av tjenestetilbudet. Det er nedfelt i en prosedyre for førstegangsbesøk hos nye søkere av omsorgstjenester. I sykehjem skjer dette samarbeidet mellom pasient og sykepleier som oftest i forhold til dagliglivets aktiviteter. En kvinnelig sykepleier på sykehjem, 50 år, uttrykte:

”Det er å ta pasienten med på råd i ting som gjelder pasienten og hvordan han vil ha det i hverdagen, i stellet og i ting vi gjør til daglig... for eksempel i morgenstell da ... og hvordan de vil ha ting tilrettelagt”.

Noen sykepleiere, både fra sykehjem og hjemmetjeneste, opplevde at brukermedvirkning handlet om en sterkere posisjon for pasienten, i form av *selvbestemmelse* eller at pasienten får *påvirke* eller har *innflytelse* på de beslutningene som tas. Dette innebærer at sykepleier må planlegge tjenestetilbudet sammen med pasienten og når beslutninger skal tas må det legges vekt på forhold pasienten eller søkeren opplever som viktig. I og med at ikke alle har lik evne til deltagelse, påpekte en av sykepleierne at pasientene må i hvert fall få være med og høre hva vi har å foreslå, og de må få si hva de synes om det.

Noen få beskrev samarbeidet nærmest som en forhandling der pasient og sykepleier må kunne møtes, eller kan gi og ta, for å komme frem til enighet. Denne prosessen ble av en sykepleier betegnet som *dialog*. En kvinnelig sykepleier i hjemmetjenesten, 25 år, sa:

”Vi gir og tar av hverandre. Et eksempel er fra en pasient som da ønsker mer besøk, men som da har fått heller sjeldnere besøk, men mer tid på disse besøkene... Men da har vi igjen møtt pasienten hjemme og hatt samtaler og kommet med forslag og pasienten har kommet med forslag om hva de ønsker og så har vi satt oss ned og blitt enige. Så da har vi liksom alt på papiret så vi er enige så ingen er misfornøyde. Så det har fungert veldig fint”.

Brist i evnen til å uttrykke seg muntlig har konsekvenser for brukermedvirkningen. Det var utfordringer som sykepleierne både i hjemmetjenesten og sykehjem opplevde daglig i sitt arbeid. Årsaken kan være dårlig helsetilstand, språklig begrensninger eller manglende oppfattelsesevne. De fortalte at når de over tid ble kjent med pasienten så lærte de å tolke pasientens kroppsspråk. Kroppsspråket forteller om hvordan de har det og de kan se på blikket og mimikken om pasient er engstelig eller har smerter. En kvinnelig sykepleier i hjemmetjenesten, 35 år, uttrykte:

”Vi har jo pasienter som har afasi som... kanskje det eneste de klarer å si er ja og nei... men du merker det på kroppsspråket, den nonverbale kommunikasjonen... vi blir såpass godt kjent at vi skjønner hva de mener likevel og prøver da å legge til rette best mulig”.

Holdninger og væremåte i møte med pasienter med bristende kommunikasjonsevne, oppfattelsesevne eller helsetilstand er viktig for mulighet til medvirkning. Noen fortalte at de prøver å snakke tydeligere, forenkle språket og stiller spørsmål som kun krevde et ja eller nei til svar. Andre påpekte hvor viktig det var med stemmeleiet når pasienten har vanskeligheter med å forstå det som blir sagt. Dette ble spesielt påpekt i forhold til personer med demens. Man må forsøke å ivareta ro og verdighet og på den måten vise at man ønsker å ta vare på dem.

Sammendrag: Sykepleierne beskriver brukermedvirkning med ulik grad av deltagelse og innflytelse. De opplever at brukermedvirkning handler om pasientens mulighet til å delta i saker som gjelder dem selv. Denne deltagelsen mener de innebefatter pasientens mulighet til å gi råd og få uttrykke ønsker og behov. Noen sykepleiere, opplevde at pasienten gjennom brukermedvirkning hadde en sterkere posisjon i form av påvirkningsmulighet, innflytelse eller selvbestemmelse. Noen få så på dette samarbeidet som en prosess der man gjennom forhandlinger eller dialog kom frem til enighet. Evnen til medvirkning avhenger av pasientens helsetilstand, men også av sykepleiernes evne til tolkning av kroppsspråk og holdninger overfor pasienten.

5.1.2 Individuell tilnærming

Tabell 5.2. Dimensjoner av individuell tilnærming

Individuell tilnærming	Dimensjoner	S	H	Sum
	Dekke individuelle behov, best tilpasset	4	5	9
	Bruke tid til å bli kjent med	7	7	14
	Respektene livsvaner	1	3	4

Sykehjem = S og Hjemmetjeneste = H

Et formål med brukermedvirkning er at pasienten skal kunne motta et omsorgstilbud som er tilpasset den enkelte, fortalte sykepleierne. Vi skal kunne gi dem den hjelpen de har *behov for*, den *beste hjelpen*, slik at de blir fornøyd og opplever at de har det bra. Den beste hjelpen kan være å bistå slik at dagene blir noenlunde som de har vært vant med, noe gjenkjennelig. En kvinnelig sykepleier i hjemmetjenesten, 44 år, sa:

”... det fine med den hjelpen vi gir er at mange kan være hjemme... som de ønsker å være. Og kanskje leve et normalt liv... bare vi er inne og gjør ett og annet som gjør at det fungerer”.

Tillit er viktig i møtet mellom pasient og sykepleier. Det å bli imøtekommet på sine ønsker og behov gir trygghet og et bedre tillitsforhold til tjenesteyterne. En sykepleier i hjemmetjenesten fortalte at hun bevisst hadde en ydmyk holdning overfor nye pasienter, for å finne ut hvor *landet ligger*. Mange pasienter har hatt og har det traumatisk. Hjemmesykepleien er ikke alltid ønsket. Det kan skyldes at de har vanskeligheter med å akseptere den livssituasjonen de har kommet i, fortalte hun. Mange sykepleiere var opptatt av at det må settes av tid til å bli kjent med dem og få klarhet i hvordan de ønsker å ha det. En kvinnelig sykepleier i hjemmetjenesten, 54 år, forklarte:

”Alle er forskjellige og du må lytte... at du må føle, på en måte ta litt tid for å finne ut hvordan du skal møte de forskjellige... gir deg tid så du vet at det fungerer for den det gjelder. Det er hovedsaken”.

Vi må respektere det livet de har levd og ønsker å leve og akseptere deres livsvaner, enten vi liker de eller ikke, formidlet noen av sykepleiere i hjemmetjenesten. En fortalte, som et eksempel, at hun hadde en gammel far som gikk til sengs med oljete skjorte hver kveld. Hun ville ikke forsøke å overtale han til å begynne med pyjamas som alle andre. Hun spurte; *hvorfor skulle jeg det?* En annen kommentar fra samme sykepleier var at pasienter som alltid har brukt lange underbukser må få lov til å ha det selv om det er tretti varmegrader inne.

Sykepleiere i sykehjem fortalte at de har ”redskaper” for å sikre individuell tilnærming. De har et skjema, som er utarbeidet i omsorgsetaten, for kartlegging av pasientens tidligere liv og interesser. Det er ofte pårørende som fyller ut dette skjema. Dette sikrer at sykepleierne blir bedre kjent med pasienten og de har tilgang på kunnskap de kan

benytte hvis pasienten selv får vanskeligheter med å uttrykke seg eller medvirke. De har også rutiner for regelmessige samtaler med pårørende. Pårørende kjenner ofte pasienten godt tilbake i tid og bidrar på den måten til en individuell tilnærming.

Sammendrag: Det fremkommer at flere sykepleiere oppfatter formålet med brukermedvirkning er å gi pasienten et individuelt tilpasset tilbud. De påpeker at det betinger at det settes av tid til å bli kjent med pasientene. Individuell tilpasning kan være å imøtekomme pasientens opplevde behov og det å respektere deres livsvaner og levesett. Det beskrives at omsorgstjenesten har ”redskaper” og rutiner for å sikre individuell tilnærming.

5.1.3 Mestring

Tabell 5.3. Dimensjoner av mestring

Mestring	Dimensjoner	S	H	Sum
	Opplevelse av å klare å utføre, delta	3	5	8
	Økt selvtillit, styrket identitet	9	4	13
	Selvstendighet, autonomi	1	2	3
	Innflytelse, kontroll	2	2	4

Sykehjem = S og Hjemmetjeneste = H

Et annet formål med brukermedvirkning er opplevelse av *mestring*, fortalte sykepleierne. Mestring ble forklart med opplevelsen av å klare å utføre ting. Det kunne være opplevelsen av å være *deltagende*, å kunne ta *egne valg* eller det å være *sysselsatt*. Både i hjemmetjenesten og sykehjem fortalte mange at det å mestre ga pasienten *styrket selvfølelse*, *selvbilde* eller *identitet*. Noen brukte også begreper som; opplevelse av *kontroll* eller *autonomi*. Selv om ikke alle har evne til å representere seg selv eller har mestringskompetanse i alle situasjoner, uttrykte en av sykepleierne som arbeidet med personer med demens, at de i hvert fall skal ha *følelsen av det*. Hun opplevde det som riktig å møte disse pasientene med en holdning og en kommunikasjon som ivaretar deres selvfølelse.

Når det ytes tjenester er det også viktig å hjelpe og veilede slik at brukerne styrker sin mestringskompetanse. Det bidrar på samme måte til at pasientene kan oppleve større grad av selvstendighet, fortalte sykepleierne i hjemmetjenesten. Det kan være i forhold til de praktiske daglige gjøremålene. En kvinnelig sykepleier i hjemmetjenesten, 28 år, fortalte hvordan hun gjorde dette i praksis:

”...det er veldig mange som både er og føler seg for eksempel svake i bena og svake i armene og er redd for å falle og da har jeg jo opplevd det å vise ulike teknikker ...som man kan gjøre for eksempel for å reise seg fra rullestol og opp til toalett... Ulike sånne måter å løfte seg på og reise seg på det har jeg lært flere av pasientene mine og det har fungert kjempe bra og det har gitt dem en sånn mestringsfølelse... det å kunne rett og

slett gå og tisse når du må tisse uten å ringe på alarmen.... det tror jeg er viktig”.

Noen av sykepleiere hadde erfart at det lett oppstår kryssende interesser når de motiverer for selvstendigjøring. Pasientene er nok glade for å mestre, men de er jo ofte gamle mennesker og de synes det er veldig trygt at vi kommer, fortalte en fra hjemmetjenesten. Andre hadde erfart at noen forventer at de skal gjør *alt* for dem eller ikke ønsker å vise at de kan klare å gjøre ting selv, fordi de er redde for å miste den hjelpen de mottar. Sykepleierne pekte på at god kommunikasjon og informasjon er nødvendig for å oppnå trygghet. For eksempel; *nå kommer vi ikke i morgen tidlig, men på ettermiddagen og skulle det skje noe før det så har du telefonnummeret vårt*. Det gir forutsigbarhet og forutsetninger for å mestre situasjonen.

Sammendrag: Et formål med brukermedvirkning er opplevelsen av mestring. Det handler om opplevelsen av selv å kunne dekke egne behov, å være deltagende, å kunne ta egne valg eller det å være sysselsatt. Mestring gir økt selvtillit og styrket identitet, forklarte sykepleierne både i hjemmetjeneste og sykehjem. Sykepleiere i hjemmetjenesten har erfart at det lett oppstår kryssende interesser når de motiverer for selvstendigjøring. Pasientene er redde for å miste den hjelpen de mottar. For å unngå slike situasjoner forklarte noen at det er viktig å skape trygghet gjennom god kommunikasjon.

5.1.4 Teoretisk kunnskap

Tabell 5.4. Dimensjoner av teoretisk kunnskap

Teoretisk kunnskap	Dimensjoner	S	H	Sum
	Bruker ikke ordet brukermedvirkning	4	2	6
	Bruker andre ord	2	1	3
	Usikker på betydning, fremmed ord, ukjent	6	3	9
	Positive utsagn om brukermedvirkning	1	3	4

Sykehjem = S og Hjemmetjeneste = H

Sykepleierne ble avslutningsvis i intervjuet spurt om i hvilken grad de var kjent med begrepet ”brukermedvirkning” og om de brukte det i sin arbeidssituasjon. Bakgrunnen for spørsmålet var at dette ble spontant kommentarer i noen av de første intervjuene og det virket som det var lettere å si noe om dette når intervjuet nærmet seg slutten. Mange fortalte at, da de mottok den skriftlige henvendelse om deltagelse i studien der tema var ”brukermedvirkning,” brukte de tid på å tenke igjennom ordets betydning.

Sykepleiere sa umotivert at brukermedvirkning både er et viktig og riktig prinsipp. Flere opplevde allikevel begrepet er litt *fremmed*. En fortalte at det for henne nærmest var et *fremmedord* og en annen opplevde det *nærmest som helt nytt*. Andre derimot hadde ikke tenkt gjennom betydningen av begrepet. Flere sa at de hadde hørt ordet og forstod hva det betydde, men at de, i arbeidssituasjonen, ikke brukte ordet i noen særlig grad. En

uttrykte, at hadde hun vært i en utdannelsessituasjon ville ordet eller begrepet vært mer kjent for henne. Sykepleierne brukte ofte andre ord som de oppfattet som synonymer til brukervedvirkning. Andre ord som ble brukt var ”pasientens ønsker, behov og tiltak, det å ivareta pasientens autonomi og integritet eller egenomsorg”.

Det var en forskjell mellom sykepleierne i hjemmetjenesten og sykehjem i beskrivelsen av ordet. Et flertall av sykepleierne på sykehjem opplevde at ordet var diffust og sa at de var usikre på hvordan ordet skulle defineres eller forklares. Intervjuspørsmålene og tanker underveis i intervjuet fikk flere av sykepleierne til å reflektere over; *ja hva er det egentlig?* En sa at brukervedvirkning er mye mer enn det hun hadde tenkt. Når hun under intervjuet hadde snakket om dette opplevde hun at brukervedvirkning omhandlet langt flere sider av den praktiske hverdagen. En kvinnelig sykepleier fra et sykehjem, 28 år, reflekterte slik:

”Ja jeg synes det er diffust da... hva er det for noe? Nå må jeg begynne å tenke liksom (ler)... det står i loven ditt og datt, ja men... hva gjør du... med brukervedvirkning ...i praksis?... da tenker jeg på... de små tingene jeg gjør da forhold til demente som jeg jobber med. Da tenker jeg på det som brukervedvirkning for meg da, men det kan bety noe helt annet for andre vil jeg tro. Alt etter hva du jobber med”.

Noe usikkerhet var det også i hjemmetjenesten i beskrivelsen av ordet. Flere uttrykte samtidig kommentarer som at de opplevde brukervedvirkning som naturlig, at de var opptatt av det og syntes at det var spennende. En mannlig sykepleier, 29 år, sa det slik:

”Det faller naturlig. Det er noe jeg har innarbeidet meg helt fra jeg begynte i hjemmesykepleien og var der i praksis. Jeg føler at jeg har gjort det fra dag en. Det bare ligger der liksom”.

Sammendrag: Sykepleierne opplevde at de måtte bruke litt tid på å tenke igjennom betydningen av begrepet brukervedvirkning. Noen opplevde det fremmed, de brukte ikke ordet i noen særlig grad i arbeidssituasjonen. Noen brukte andre ord de mente var synonymer til brukervedvirkning. Intervjuet skapte refleksjoner om at ordet kanskje rommet mer enn det de i utgangspunktet hadde tenkt. De fleste sykepleierne ga uttrykk for at brukervedvirkning både er positivt og viktig.

5.2 Betingelser for brukervedvirkning

5.2.1 Avveininger i tjenesteutforming

Tabell 5.5. Dimensjon av avveininger i tjenesteutforming

Avveininger i tjenesteutforming	Dimensjoner	S	H	Sum
	Rammer for tjenestetildeling	0	8	8

Sykehjem = S og Hjemmetjeneste = H

Alle ønsker og behov som pasientene har kan ikke innfris. Sykepleierne i hjemmetjenesten var tydelige på at tjenestene utformes innenfor visse rammer og det krever at det gjøres avveininger ved tildeling og utforming av tjenestene. Omsorgstjenesten har prosedyrer for hvordan det første besøket hos en søker skal gjennomføres. De benytter et "førstegangsskjema" for å sikre at alle nødvendige opplysninger blir kartlagt med tanke på saksbehandling og vedtak. Vedtak om tildeling av tjenester fattes av hjemmetjenesten med de klagerettigheter som er sikret gjennom lovverket. Mange av sykepleierne i hjemmetjenesten startet med å fortelle om dette møtet og betingelsene knyttet til tjenestetildelingen. Grunnlaget for de beslutningene som fattes er rapporter fra sykehus, ordinasjoner fra lege, det de selv ser og observerer og det pasienten forteller dem. Det er ikke alle typer oppgaver hjemmetjenesten kan ta på seg. En kvinnelig sykepleier i hjemmetjenesten, 58 år, sa det slik:

"... vi har ikke mulighet til å følge på røntgen og sitte på sykehuset i mange timer, så da måtte de ha dratt selv... De vet ikke hva hjemmesykepleien kan være å bidra med. De mener at de må ha følge og de mener jo også at de må ha tilsyn i tilfelle de ramler. Og etter mitt hode så er det sånn at man kan jo ramle... fem minutter etter at du har gått, så det tryggeste er alarm... Vi kan ikke ta tilsyn hver time. Det er umulig".

De forklarte at nødvendigheten med avveininger i utforming av tjenestene skyldtes begrenset kapasitet. Om de får innfridd sine ønsker avhenger av hvilken type hjelp de ber om. En av sykepleierne sa at *å rulle hår gjør vi ikke*. Andre forklarte at de heller kan ikke være det sosiale nettverket som noen av pasientene ønsker at vi skal være.

Skal pasientene kunne være med å bestemme i søknadsprosessen forutsetter det at pasientene har fått nok informasjon, sa sykepleiere i hjemmetjenesten. De hadde en oppfatning av at folk flest ikke vet hva de kan forvente seg av omsorgssektoren. En forbedring på dette området var at det nå var utarbeidet en serviceerklæring som søkerne mottar i "førstegangsbesøket". I den blir det gitt eksempler på hva slags hjelp de kan få og ikke få. Noen pekte også på at det var viktig å forklare pasientene hvorfor de ikke kunne få enkelte ønsker oppfylt. Erfaringen deres var at pasientene som regel aksepterte det.

Sammendrag: De ønsker og behov pasientene presenterer når de søker om omsorgstjenester veies opp mot rammer for tjenesteytingen som er økonomisk begrunnet, fortalte sykepleierne i hjemmetjenesten. Det er ikke alle typer oppgaver som utføres og hyppigheten og lengden av besøkene er begrenset. Noen peker på at skal pasienten ha innflytelse på utforming av tjenestetilbudet forutsetter det kunnskap om disse rammene.

5.2.2 Institusjonelle forhold

Tabell 5.6. Dimensjoner av institusjonelle forhold

Institusjonelle forhold	Dimensjoner	S	H	Sum
	Mer tilrettelagt for brukermedvirkning i private hjem	5	6	11
	Sykehjem; regler, likebehandling	1	2	3
	Sykehjem; tilpasning, apati	1	1	2

Sykehjem = S og Hjemmetjeneste = H

Premissene for å praktisere brukermedvirkning er i større grad tilsted i pasientens private hjem enn i sykehjem. Både pasientene og sykepleierne oppfører seg forskjellig i samhandlingen, dem imellom, avhengig av hvor de oppholder seg. Sykepleierne ble i intervjuet spurt om de fra sin student- eller arbeidspraksis hadde opplevde at det var forskjell på praktisering av brukermedvirkning i sykehjem og hjemmetjenesten.

Når du er hjemme hos pasienten opplever du at du er der som gjest og må forhold deg deretter, fortalte sykepleierne. Som gjester kommer sykepleieren alltid utenfra og inn. Dette medfører at de måtte ta av seg skoene og henge fra seg jakken før de trår inn i deres hjem. Premissene er at du faktisk må oppføre deg slik, forklarte en av sykepleierne. Den besøkende må opptre med respekt. Du kan ikke bare trenge deg på, ture frem eller overkjøre dem helt. En forklarte at ønsker pasientene å kaste oss ut så har de faktisk rett til det. De mente at både pasientene på sin side og de som sykepleiere, opplevde at pasientene har flere rettigheter i eget hjem. En kvinnelig sykepleier, 55 år, i hjemmetjenesten så det slik:

”... de vet jo selv hvordan de vil ha det. Og når det kommer... en ny inn i hjemmet... så vil en jo... ikke la andre styre så veldig da. Det er vel mitt revir dette her, det er mitt, det er mine greier. Det jeg har er det jeg som bestemmer over... du får lov å hjelpe meg med det jeg har behov for, resten bestemmer jeg”.

De fortalte også at de blir bedre kjent med pasientene i hjemmetjenesten. Pasienten har ting rundt seg som forteller mye mer om hvem det er de møter. De har en sterkere forankring, fordi de bor der og det har vært deres hjem over tid. Flertallet av sykepleierne opplevde derfor at det var lettere å praktisere brukermedvirkning og opprettholde brukerens integritet når de arbeidet i hjemmetjenesten.

Til sammenligning ble ”institusjonen” eller sykehjemmet av sykepleiere beskrevet som en mer nøytral grunn. De mente at pasientene ikke opplevde sykehjemmet som sitt hjem på samme måte som hjemmeboende. Her er alle rom nærmest like med en seng og et nattbord og ellers har pasientene ofte med seg begrenset med eiendeler, beskrev en av dem. Sykepleierne opplever at institusjonen til en viss grad er deres domeneområde. Ting skjer mer på sykepleiernes premisser, uttrykte flere direkte eller indirekte. En

kvinnelig sykepleier i sykehjem, 45 år, sammenligner nåværende arbeidssituasjonen med tidligere arbeid i hjemmetjenesten:

”... jeg kommer utenfra og inn i deres hjem. Mer sivilt arbeidstøy. Jeg skal hjelpe og går inn i deres stue, soverom, inn på deres bad... Jeg gjør ikke arbeidsoppgaven fysisk sett annerledes, men følelsesmessig er jeg på et annet plan. Jeg kommer ikke så lett over den terskelen som jeg gjør i institusjon, for her kan jeg bare gå rett inn på rommet og sette i gang på en av mine arbeidsoppgaver. Her må jeg be litt om audiens”.

Sykepleiere fortalte at på sykehjem har man lettere for å skjære alle over en kam og arbeide etter rutiner. Enkelte sa de opplevde at pasientene ble preget av å bo på institusjon. De får færre sosiale stimuli, de blir mer *apatisk* og *flater ut* og de blir mer *føyelige* fortalte de. En sykepleier forklarte at med bakgrunn i disse forholdene blir personalet dårligere kjent med pasientene. Pasientens personlighet, ønsker og behov kommer ikke så tydelig frem. En påpeker imidlertid at noen brukere er sterke og får det akkurat som de ønsker, selv om de bor i sykehjem. Pasienter som er sterke kan lett få betegnelsen som vanskelige.

Sammendrag: Det oppleves lettere å praktisere brukermedvirkning i hjemmetjenesten enn i sykehjem. Både pasient og sykepleier forholder seg forskjellig til hverandre i de ulike institusjonelle rammene. I hjemmet har pasientene sterkere forankring, mer selvtillit, deltar og stiller krav på en naturlig måte. I sykehjem tilpasser pasienten seg lettere institusjonenes rutiner og personalet opplever at de blir dårligere kjent med pasienten.

5.2.3 Strukturelle rammer

Tabell 5.7. Dimensjoner av strukturelle rammer

Strukturelle rammer	Dimensjoner	S	H	Sum
	Tid og ressurser	7	7	14

Sykehjem = S og Hjemmetjeneste = H

Pasienter blir lagt for tidlig eller står opp for sent og det er ikke i overensstemmelse med hva pasientene selv ønske, forteller sykepleiere i hjemmetjenesten. Det skyldes turnusoppsettet, at bemanningen i hjemmetjenesten på kveld og i helgene var lavere enn på dagtid. Arbeidspresset er også stort på morgenen på ordinære dager i det tidsrommet når pasientene skal stå opp. En kvinnelig sykepleier i hjemmetjenesten, 28 år, beskriver det slik:

”... når du egentlig kan sove så lenge du vil, stå opp egentlig når du vil også, du har ingen forpliktelser som jobb og skole lenger... så blir du lagt halv ni og tatt opp kvart på ti... så synes jeg det er et problem!... Ja fordi, de må innrette seg etter vårt system og turnus veldig mye... jeg vet ikke noe annen måte å gjøre det på heller. Det måtte ha blitt at hele turnusen var annerledes...”.

Mangel på tid i forhold til de oppgavene de er tildelt, gjør at de må prioritere i forhold til rekkefølgen av dem. Det får betydning for pasientenes individuelle ønsker og behov, de kan ikke alltid imøtekommes selv om sykepleierne forsøker. *Vi strekker oss så lang vi kan og noen ganger lenger*, som en av dem sa. En sykepleier fortalte at de i hjemmetjenesten har en døgnrytmeplan til hjelp for hvordan de skal prioritere arbeidsoppgavene i løpet av en vakt. Planen blir ikke fulgt slavisk. De bruker den med sunn fornuft, forklarte hun. Andre fortalte at de gjorde denne prioriteringen etter eget skjønn fra dag til dag. Medisiner som for eksempel insulin, oppfølging av medisinsk behandling og ernæring har høyest prioritet. Dette gjør at en del pasienter opplever å måtte vente på hjelp til morgenstell eller dusj. De påpekte at det i slike situasjoner er nødvendig å avklare forventninger om, for eksempel, når pasientene vil kunne få hjelp, fordi uklare forventninger lett skaper frustrasjon og sinne. En kvinnelig sykepleier i hjemmetjeneste, 44 år, forklarte:

”Du må prioritere Insulin først og det som er hasteoppdrag og så kommer det andre etterpå ... hvis det er en som bare trenger hjelp til dusj, som er helt selvhjulpen ellers, så informerer vi om att det blir tatt senere på dagen. Vi forklarer hvorfor”.

Manglende ressurser betyr også at de ikke alltid kan tilby hjelp. En sykepleier sa at hun opplevde at de dekket pasientenes primære behov, men at de må kompromisse på andre mindre nødvendige ting. Hun opplever allikevel at de får det til slik at pasientene ble noenlunde fornøyde. Hadde det vært mange spesielle behov hadde de imidlertid ikke klart å håndtere det, fortalte hun. En kvinnelig sykepleier, 45 år, gir et eksempel på en oppgave hun opplever blir prioritert bort. Det er ivaretagelse av pasientenes ”restfunksjoner”. Pasientene blir på den måten passivisert. Hun uttrykker dilemma slik:

”... man skal oppretthold restfunksjoner og det betyr i praksis at de skal få lov til å fortsette å vaske ansikt, hender og helst stelle seg selv. Det synes jeg er en utfordring for ...jeg er helt enig, men det er tosidig... jeg må også ta hensyn til bemanningsfaktor i avdelingen. Hvor mange er vi og hvilke arbeidsoppgaver har jeg i løpet av en vakt”.

Mangel på tid og lav bemanning er en trussel for pasientens mulighet for medvirkning i prosessen, fortalte sykepleiere både i sykehjem og hjemmetjenesten. I stedet for å snakke med pasientene blir det lett til at de som sykepleiere gjør det de selv mener er riktig. I en presset arbeidssituasjon tar de seg ikke tid å høre pasientens ønsker. En kvinnelig sykepleier, 55 år, med lang erfaring i sykehjem sa det slik:

”Noen ganger føler jeg vel at brukerne kan få lov til å bestemme, men noen ganger så føler jeg vel det at vi på en måte overkjører deres behov... eller deres behov for å være med i prosessen. Det tror jeg ofte går på bekostning av... at vi har såpass trangt med tid på å gjøre ting at brukerne blir satt lite grann på siden, tror jeg. Som jeg har opplevd nå gjennom mange år. At vi kanskje har lett for å gjøre som en selv mener er riktig i stedet for kanskje å ta hensyn til bruker”.

Mangel på tid kan ikke brukes som unnskyldning for manglende brukermedvirkning svarte en av sykepleierne spontant på spørsmålet om betingelser for å kunne praktisere

brukermedvirkning. Hun opplevde at dette handlet om holdning og tankegang; *"Noen er flinke og andre tar alle over en kam"*.

Sammendrag: Sykepleierne opplever at strukturelle rammer som turnusoppsett og tilgang på ressurser påvirker pasientens mulighet til et individuelt tilpasset tjenestetilbud og brukermedvirkning. Antall personer til stede på jobb i helger og på morgenerne harmonerer ikke med mengde arbeidsoppgaver. Det medfører at pasientene ikke alltid får tjenestene til ønsket tidspunkt, kun får hjelp til det nødvendige og ikke alltid får medvirke i det som skjer.

5.3 Assistanse ved sviktende helsetilstand

5.3.1 Motivering

Tabell 5.8. Dimensjoner av motivering

Motivering	Dimensjoner	S	H	Sum
	Informasjon, oppmuntring, forståelse	1	8	9
	Gradvis aktivisering, tilpasset hjelp	1	6	7
	Press men ikke tvang	1	3	4

Sykehjem = S og Hjemmetjeneste = H

Motivasjon er en viktig faktor i rehabiliteringssammenheng, fordi pasientene må gjøre en egeninnsats i forhold til trening og oppbygging av evnen til å ta kontroll over eget livet igjen. Det at pasienter ikke er motivert etter alvorlig sykdom og skade er ikke uvanlig og det gir spesielle utfordringer i forhold til medvirkning og samarbeid, fortalte flere sykepleiere. De ble i intervjuet spurt om hvordan de praktiserte brukermedvirkning når pasientens helsetilstand var blitt vesentlig dårligere på grunn av et slag, annen sykdom eller skade.

Sykepleierne i hjemmetjenesten i motsetning til i sykehjem, påpekte viktigheten av motiveringsarbeidet. Motiveringsarbeidet er ikke alltid nødvendig fordi noen pasienter synes det er flott å greie seg selv. Disse trenger litt skryt for det de lykkes med, og oppmuntring til videre trening. Når motivasjonen mangler er målet å få de til å tro på potensialet for bedring og se løsninger. Noen mente at dette arbeidet måtte gjøres med litt forsiktighet i starten. Mange pasienter er såpass dårlige at de har problemer med å få oversikt over sin situasjon i den akutte fasen. Man må bli kjent med dem, slik at man vet hvordan man skal møte dem og *få det beste ut av dem*. Ingen pasienter er like. En kvinnelig sykepleier på sykehjem, 45 år, påpekte at pasientens helsetilstand måtte vurderes:

"... veldig dårlig, så har du kanskje ikke noe ...klarhet selv på hvordan de vil ha det... når du er dårlig og svak så er du i en annerledes situasjon enn hvordan du er ellers ...at da kanskje en må gå inn å ...prate til pasienten... sånn har du det nå... vi skal hjelpe deg nå ...så kan vi se hvordan det blir etter hvert som du blir sterkere.."

Pasienter som ikke orker eller ønsker noen deltagelse eller trening kan virke likegyldige. I utgangspunktet er det deres valg, fortalte sykepleierne, men de tror at det som oftest *ligger noe bak*. Det er en bakenforliggende årsak til denne passive oppførselen. Det kan være at de er deprimerte og at de derfor ikke bryr seg og melder seg ut. Sykepleiere i hjemmetjenesten fortalte at de motiverer pasientene til aktivitet ved å snakke mye med pasientene. De informerer om betydningen av aktivitet og trening og at de vil oppleve det annerledes over tid, når de ser fremgang. Målsetting er ofte å forsøke å nå det funksjons nivå de hadde før de ble syke. Andre er bevisste på å involvere dem når de utførte pleie- og omsorgsoppgaver. De forteller hva som skal skje slik at de opplever seg deltagende og er forberedt. De kommer med forslag om ting slik at de skal få mulighet til å svare og de passer på å bemerke bedring.

Pasientene stimuleres til gradvis aktivitet, fortalte et de fleste av sykepleiere i hjemmetjenesten. Ved mangel på motivasjon beskriver noen at de *lirker det til* eller at pasienten blir *dratt litt i*. En kvinnelig sykepleier i hjemmetjenesten, 25 år, forklarte hvordan hun gjør det når pasienter ikke bruker ressursene sine:

"... hvis de ikke bruker dem, så prøver jeg liksom å si at vet du hva nå kan jeg begynne å vaske opp litt og så tørker du opp. Sånne ting, for å få dem i gang. Å ja det her klarer jeg faktisk. Det går greit for meg å stå her nå... Noen ganger lirker og lurar jeg litt, men det må man liksom".

Noen sykepleiere fortalte at de av og til må bruke lett press. De begrunner det med at opplevelse av mestring ofte fører til at pasientene *blomstrer opp*. Mestring har betydning for humør og trivsel og erfaring med mestring gir ny motivasjon. Enkelte pasienter må vi ha en mer bestemt eller streng holdning til, *uten at vi sier direkte du skal*. De konfronterer da pasientene med at de vet at de kan klare å gjøre ting selv og at de som sykepleiere er behjelpelig med det de ikke mestrer. Hvis de ikke presser dem er de redd for at pasienten ikke vil oppnå eller oppleve de mulighetene som ligger der. En sykepleier i hjemmetjeneste, 43 år, argumenterte slik:

"Det er jo ikke faglig å sitte og se på at de ikke vil på en måte heller... at vi gir opp før vi har prøvd".

Det ble allikevel opplevd som litt konfliktfylt å presse pasientene til aktiviteter når de ikke selv ønsker det. En kvinnelig sykepleier i sykehjem, 46 år, beskriver dette dilemma:

"... hvis du ikke har lyst til å stå opp, ikke har lyst til å gå på trening... hvis du skal lar pasienten bestemme alt så ville de kanskje blitt i senga... men det kan være litt vanskelig fordi du presser folk til noe de egentlig ikke vil. Jeg tenker... han har muligheten. Skal han, som... ikke orker, få bestemme? For det er også et valg å ikke ville".

Sammendrag: Pasienter i en tidlig rehabiliteringsfase er ofte ganske dårlige og mangler oversikt over livssituasjonen sin. De har problemer med motivasjonen til å trene, styrke egenomsorgsevnen og ta kontroll over livet igjen. Spesielt sykepleiere, fra hjemmetjenesten, ser det som en viktig oppgave å assistere pasientene i denne fasen for at de skal oppleve det positive ved mestring. Sykepleierne benytter kommunikasjon,

informasjon og ”lett press” i dette arbeidet. Bruk av press oppleves konfliktfylt, samtidig opplever de at det faglig sett er vanskelig å akseptere pasientenes passivitet.

5.3.2 Respekt og tilpasning

Tabell 5.9. Dimensjoner av respekt og tilpasning

Respekt og tilpasning	Dimensjoner	S	H	Sum
	Brukermedvirkning praktiseres v/ demens	8	5	13
	Språklige tilpasninger	5	6	11
	Leder, avleder, begrenser valg	3	3	6
	Nonverbal kommunikasjon	5	4	9
	Kunnskap om pasienten	3	3	6
	Manglende samtykke kompetanse	7	6	13
	Bruk av tvang er av og til nødvendig	7	1	8

Sykehjem = S og Hjemmetjeneste = H

Sykepleiere, fra både sykehjem og hjemmetjenesten, fortalte at de i utgangspunktet forsøker å spørre personer med demens om hvordan de ønsker å ha det og lar de ta egne valg, så langt det lar seg gjøre. Kommunikasjon var et sentralt tema når sykepleierne fortalte om hvordan de praktiserer brukermedvirkning overfor personer med demens.

De tilpasser kommunikasjonen fordi denne pasientgruppen har problemer med å oppfatte det som blir sagt. De snakker tydeligere, forklarer og gjentar flere ganger. Sent i sykdomsforløpet er pasientene knapt i stand til å gi uttrykk for hva de ønsker. Sykepleiere fortalte at selv på dette stadiet kommer pasienten med meninger og ytringer som de må lære seg å tolke. En kvinnelig sykepleier i sykehjem, 27 år, beskrev det slik:

”... det spørs hvor langt kommet demens de har. Noen er sånn at de har mistet alt språk og fysikk og da må man ta alle avgjørelser for dem uten nesten å spørre noe... så blir det graderinger hele veien. Og så har du de som fremdeles har språk, men som er så demente at de ikke husker fra ett minutt til et annet, men de kan allikevel få valg muligheter i forhold til en slik situasjon der og da...”

Sykepleierne har erfaringer på at det lett oppstår situasjoner der pasientene ikke skjønner sitt eget beste. Spesielt på områder som handler om ernæring, hygiene, medisinsk behandling eller annen nødvendig helsehjelp, må sykepleiere prøve å sikre at pasienten får det de har behov for. De tenker derfor ofte igjennom hvordan de skal stille spørsmålene slik at svarene blir håndterbare. De velger å stille mer ledende spørsmål, gi pasienten begrensede valgmuligheter eller de velger ikke å stille spørsmål. Noen fortalte også at de begrenser medvirkningen til områder som har mindre betydning for pasientens helsetilstand eller velbefinnende. En mannlig sykepleier, 29 år, fortalte for eksempel hvordan han ga pasientene mulighet for valg av tøy under morgentellet:

”... de får velge. Og når det ikke passer med rosa til det grønne så... de må jo få lov til det”.

Det er også situasjoner der sykepleieren må ty til avledning, friste med andre ting eller overtale pasientene til andre valg. Andre løsninger var å vende tilbake til pasienten en eller flere ganger eller at andre ansatte forsøker å overtale dem. Dårlige korttidshukommelse eller en ny innfallsvinkel kan gjøre at de endrer oppfatninger. Sykepleierne ga eksempler på typiske situasjoner som at pasienten ikke vil stå opp av sengen, ikke ønsker å vaske seg eller ikke vil skifte bleie.

Av og til er det nødvendig å gå inn og gjøre ting med tvang, fortalte flere sykepleiere i sykehjem. Dette skjer i situasjoner der andre løsninger er prøvd og hvor sykepleierne konkluderer med at det vil kunne få helsemessige konsekvenser i form av sårdannelse, smerter osv. hvis dette ikke behandles. Ved bruk av tvang, passer de på å informere pasientene om hvorfor de gjør det og hva de gjør. Inngrepene begrenses til det absolutt nødvendige, slik at det ikke drøyer i tid. En kvinnelig sykepleier i sykehjem, 53 år, beskriver det slik:

”... det at du ikke spiser og drikker på en dag må vi bare la være, men som jeg sa til ho i går; du ligger og er våt. Det kan vi som jobber her ikke la være. Da må vi som fagpersoner gå inn. Så det gjør vi”.

Sammendrag: Graden av en demenstilstand påvirker personens evne til medvirkning. Sykepleierne fortalte at de i utgangspunktet praktiserer brukermedvirkning overfor dem, på samme måte som overfor andre pasienter. Gradvis, i takt med demensutviklingen, tilpasses kommunikasjonen og grad av medvirkning. I de situasjoner sykepleierne opplever at pasienten ikke forstår sitt eget beste, benyttes avledning, overtalelse og andre lignende metoder. Sykepleierne i sykehjem fortalte om utfordringene de opplever når pasienten ikke vil motta nødvendig helsehjelp og de må vurdere bruk av tvang.

5.4 Interaksjonen mellom pasient, pårørende og sykepleier

5.4.1 Gjensidig støtte

Tabell 5.10. Dimensjoner av gjensidig støtte

Gjensidig støtte	Dimensjoner	S	H	Sum
	Positive til samarbeid med pårørende	10	10	20
	Inviterer til engasjement, samtale	4	6	10
	Pårørende samarbeid viktig ved demens	5	4	9
	Arbeidsdeling sykepleier/pårørende	0	3	3
	Pårørende viktig informasjonskilde	7	6	13
	Sykepleierne en støtt for pårørende	0	5	5

Sykehjem = S og Hjemmetjeneste = H

Å samarbeide med pårørende oppleves som positivt av alle sykepleierne enten pasienten er hjemmeboende eller bor på sykehjem. Det må imidlertid være pasientens ønske at pårørende deltar. Strengt tatt er det ikke helt nødvendig når pasientene er relativt velfungerende, påpekte et par av sykepleierne.

Pårørendes engasjement varierer fra de med sterkt engasjement til de som stiller seg helt utenfor. Sykepleierne fortalte at omsorgsetaten har prosedyrer, nedfelt i omsorgsetatens brukerhåndbøker, for å sikre et samarbeid med pårørende. De skal blant annet få tilbud om årlige pårørendesamtaler der det gis åpning for at de kan komme med ønsker, råd og ideer. En sykepleier på sykehjem fortalte at de i tillegg benyttet en kommunikasjonsbok som ligger inne hos pasienten og som de skriver mindre beskjeder og orienteringer i. Sykepleierne hadde ulike holdninger til det at pårørende ikke tar i mot tilbudet eller holder kontakt med sine nærmeste. En mannlig sykepleier, 29 år, opplevde det slik:

”Jeg synes det er veldig bra at pårørende kan være på banen hvis de ønsker det selv... Det er ikke en plikt eller et krav... Jeg føler det er feil å drive og ringe og si ditt og datt hvis de ikke har noen interesse av sine foreldre”.

En annen sykepleier opplevde det annerledes. Når de ikke er engasjert velger hun å gå aktivt ut og ta kontakt med dem. Hun forsøker å invitere dem til en samtale eller alternativt tilbyr hun dem å ringe så mye de skulle ønske slik at de kan få informasjon om sin nærmeste.

Det er få som har gjenlevende ektefelle. En sykepleier i hjemmetjenesten var opptatt av å skille mellom ektefelle og voksne barn. Bor pasienten sammen med ektefelle tar denne som regel omsorgsansvaret og da er samarbeidet med hjemmetjenesten tett, hele tiden. Voksne barn som ikke bor i husstanden regner hun som mer utenforstående. *”Det er jo ikke alt vi kan snakke med pårørende om, vi har jo taushetsplikt,”* sa hun. Sykepleieren ser i slike situasjoner fastlegen som mer nærliggende å drøfte pasientens situasjon med. Sykepleiere i hjemmetjenesten fortalte at de først og fremst avtalte en arbeidsfordeling med voksne barn, for eksempel at de handler matvarer og følger til lege.

Flere hadde erfaring med at pårørende opplever det å motta informasjon som positivt, uansett om det handler om endret helsetilstand eller en tannlegetime. De ønsker mer kontinuerlig informasjon. En sykepleier, i sykehjem, hadde opplevd å få gode tilbakemeldinger fra pårørende fordi hun ikke holdt noen opplysninger tilbake. Kontakt med pårørende er spesielt viktig når pasienter ikke selv kan ivareta sine egne interesser. Pårørende har krav på informasjon hvis det skjer vesentlige endringer i pasientens helsesituasjon, fortalte sykepleierne. Noen opplevde det som betryggende å vite at pårørende var informert og det ga dem et tryggere utgangspunkt i møte med pasienten.

Noen få sykepleiere i hjemmetjenesten fortalte at pårørende kunne være nyttig hjelp for dem når de var usikre på pasientens helsetilstand eller situasjonen. Sykepleiere på kveld eller natt, som sjeldent eller aldri har vært i hjemmet og visste lite om hvordan pasienten pleide å være, ringte pårørende som har mer kunnskap om pasientens situasjon. I slike situasjoner har de drøftet eller avklart med pårørende hvilke hjelpetiltak som bør settes inn. En kvinnelig sykepleier i hjemmetjeneste, 28 år, sa det slik:

”... er jeg usikker så ringer jeg alltid pårørende og hører. Det er jo ikke alltid at jeg kjenner de og noen ganger kan jeg kanskje synes at de er dårlige... så synes jeg det er viktig å høre med pårørende hvordan pasienten pleier å være. I de fleste tilfeller hvor jeg har gjort det så synes jeg det er veldig god respons fra pårørende”.

Sykepleiere, i hjemmetjenesten, var spesielt opptatt av at de bør være en støtte for pårørende som i mange tilfeller har tatt et omsorgsansvar gjennom flere år før omsorgstjenesten kom inn i bildet. De er ofte slitne av arbeidsbyrden. De har ofte stått i vanskelige, utfordrende arbeidsoppgaver alene. Ektefeller forteller ikke alltid sannheten om hvordan situasjonen er i hjemmet og de avslår ofte hjelp, så en av sykepleierne. Spesielt er det problematisk når ektefellen har en demenssykdom, fordi de lett blir isolert i hjemmet, sammen med den demenssyke. Den støtte de som sykepleiere kan gi, er i form av samtale og veiledning. Eventuelt å skaffe pasienten et dag- eller avlastningstilbud, slik at pårørende får noen fristunder. Sykepleiere, i hjemmetjenesten, fortalte at de også hjelper pårørende med den vanskelige avgjørelsen om å søke sykehjemsplass for pasienten, når de opplever at de pårørende ikke makter mer. Et særdeles vanskelig dilemma er når pasienten ikke viser forståelse for at det er tungt for ektefellen at de bor hjemme. De ønsker ikke å flytte på sykehjem. En fortalte at hun ofte hjelper pårørende med å ta den avgjørelsen, slik at de skal kunne gå videre i livet uten dårlig samvittighet. Pårørende er veldig takknemlige for den støtten de får. En kvinnelig sykepleier i hjemmetjenesten, 44 år, beskrev det slik:

”Vi setter oss ned og snakker med ektefellen og som regel er de så slitne og... ja, de ser mer enn hva vi ser og... de går sammen med pasienten hele tiden, så er det som regel de som sier noe om at de er slitne...så må vi kanskje gå inn å støtte dem på det så de ikke får dårlig samvittighet”.

Sammendrag: Å samarbeide med pårørende oppleves som positivt av alle sykepleierne enten pasienten er hjemmeboende eller bor på sykehjem. Pårørendes engasjement varierer, men fleste er meget takknemlig for all den informasjon de kan få. Sykepleierne påpeker hvilken ressurs pårørende er for både pasienten og sykepleierne når helsetilstand svikter. Sykepleiere fra hjemmetjenesten fortalte om den belastninger nære pårørende kan ha over tid og at de ser det som sin oppgave å være en støtte for dem.

5.4.2 Håndtering av meningsforskjeller

Alle sykepleierne fortalte at de hadde opplevd situasjoner med uenighet om hva som er beste løsning for pasienten. Det har vært uenighet med både pasient og pårørende eller mellom pasient og pårørende. Sykepleierne ble spurt om hvordan de bidro til og løse slike uenigheter. Noen svarte at dette var ikke noe stort problem fordi man som regel kommer frem til enighet.

Tabell 5.11. Dimensjoner av håndtering av meningsforskjeller – med pasient

Håndtering av meningsforskjeller	Dimensjoner	S	H	Sum
- med pasienten	Snakke med, forklare, diskutere	5	7	12
	Oppnår som oftest enighet	1	4	5
	Må forstå eget valg, må være forsvarlig	5	6	11
	Uforsvarlig, lege tar avgjørelse	2	5	7
	Uforsvarlig, pårørende kontaktes	0	2	2

Sykehjem = S og Hjemmetjeneste = H

Oppstår det uenighet mellom pasient og sykepleier fortalte sykepleierne at de bruker tid på å *forklare* sine anbefalinger og klargjør hva som kan skje hvis ikke rådene følges. De utdypet dette med uttrykk som *å prate dem til fornuft, kunne snakke meg til det* eller *overtale*. Noen beskrev denne situasjonen som en diskusjon eller en forhandling der man *gir og tar, møter hverandre* på kravene eller ønskene, og inngår *kompromisser*. Sykepleierne opplever at pasientene er velvillige til å høre. En kvinnelig sykepleier i hjemmetjenesten, 52 år, forklarte det slik:

”Jeg har vel aldri... sagt at nei nå gjør vi sånn og du får like det eller ikke like det liksom. Det har jeg aldri gjort. Jeg har jo kunnet... snakke meg til det på en måte eller liksom forklart og det kan jo være for eksempel alt fra pasienter som jeg synes er så dårlige at de bør oppsøke lege eller på sykehus som ikke ønsker det... som er redde...eller bare ikke orker tanken ..å bli hentet i sykebil ...og da har det jo vært på en måte å overtale da”.

Kommer man ikke til enighet og pasienten er klar og orientert, og inneforstått med de valgene de har gjort, og det vurderes som medisinsk forsvarlige, er det pasienten som får det avgjørende ordet. En sykepleier i sykehjem fortalte om en pasient i en rehabiliteringssammenheng som ikke ønsket å ha som målsetning å kunne gå med krykker etter en skade slik personalet anbefalte, men valgte rullestol for fremtiden. Pasienten var sterk i sine meninger og ble fornøyd med det valget. Det viste seg å være realistisk i forhold til hjemmesituasjonen. Erfaringen med denne episoden skapte ettertanke, fortalte sykepleieren. En målsetning som personalet åpenbart så som beste løsning samstemte ikke med den pasienten selv opplevde som riktig. Er det derimot uenighet om medisinsk behandling eller oppfølging mente en del at de, som sykepleiere, har best kunnskap til å ta en avgjørelse. En kvinnelig sykepleier i sykehjem, 55 år, sa det slik:

”Når det gjelder sår og sånne ting, da mener jeg det at kanskje ikke de har så veldig god greie på det... for enkelte områder må vi vite best. På tekniske ting. Men når det gjelder sånn pleie... når vi kommer inn på det helt personlige så mener jeg at brukeren må få bestemme hvordan de vil ha det...”

Hvis pasienten ikke ønsker å følge de råd som sykepleierne gir i forhold til medisinsk behandling velger sykepleierne både i hjemmetjenesten og sykehjem å drøfte det med

pasientens lege. Pasienten informeres da i forkant om at saken vil bli drøftet med legen og at forholdet vil bli dokumentert. En mannlig sykepleier, 29 år, beskrev en situasjon der lege hadde bedt en pasient i hjemmetjenesten om å bruke kompresjon på et ben. Pasienten begynte å styre dette selv og valgte stadig ulike løsninger fra at det skulle sitte mye løsere en dag til at det ikke skulle legge opp til kne osv. Både fysioterapeut og lege hadde vært inne i bildet for å forklare hvordan det burde være uten at det ble etterfulgt. Sykepleier opplevde situasjonen som et dilemma og sa i intervjuet:

”Det er jo litt vanskelig for da føler du at du ikke har gjort jobben du føler du skal gjøre. Men man kan jo ikke overstyre folk når de ikke ønsker det heller”.

I de situasjoner der pasienten selv, til daglig, ikke kan ta beslutninger, gjør sykepleierne det for pasienten. Noen opplever at det er de som sykepleiere som har den daglige kontakten med pasienten og at det derfor er rimelig at deres faglige vurdering veier tyngre enn pårørendes. En kvinnelig sykepleier i sykehjem, 26 år, beskriver det slik:

”... det er liksom pasient og personale foran og så pårørende liksom i baksetet... ja det blir på en måte vi som har mest kontakt på en måte da. Jeg er her nesten hver dag og ser den pasienten på en annen måte enn pårørende som kanskje ikke er her så ofte... fordi de ikke klarer det selv... så tar vi mange avgjørelser for dem og noen er i samråd med pårørende”.

Oppstår det en mer alvorlig situasjon i forhold til pasientens helsetilstand tas det alltid kontakt med pårørende, ble det forklart. Det kan for eksempel være hvis det er aktuelt med en sykehusinnleggelse. Hensikten er først og fremst å gi dem orientert om situasjonen. Legen er som regel også med på disse samtalene.

Tabell 5.12. Dimensjoner av håndtering av meningsforskjeller – med pårørende

Håndtering av meningsforskjeller	Dimensjoner	S	H	Sum
- med pårørende	Samtale, forklare	4	6	10
	Forhandler	2	2	4
	Sykepleierne tar avgjørelsen/pasientens ønsker styrer avgjørelsen	5	4	9

Sykehjem = S og Hjemmetjeneste = H

Pårørendes forventninger til omsorgstjenesten samstemmer ikke alltid med pasientens. Sykepleiere i hjemmetjenesten ga eksempler på at pårørende ofte vil ha mer kommunal hjelp enn det pasienten selv ønsket eller ga uttrykk for. De var ofte også mer kravfulle og kritiske til omsorgstjenestene enn det pasienten selv var. Sykepleiere i sykehjem ga eksempler på at pårørende ønsket at den eldre skulle være mer aktiv. Det kunne være et ønske om at de spiser i stua, deltar mer i sosial arrangementer eller kritikk av at de blir liggende mye til sengs. En kvinnelig sykepleier i sykehjem, 55 år, fortalte om en

situasjon der hun forsøkte å etterkomme pårørendes ønske om at den eldre skulle sitte i stuen å spise:

”Det ble jo nesten sånn med makt, lirke og lure og stå der over lang tid... Og si at så skal vi se om du finner noen kjentfolk. Nei det er feil altså... De vil selvfølgelig sine foreldre godt”.

En sykepleier forklarte det slik at *du skal være lojal mot pasienten og så skal du på en måte forstå pårørende*. Spesielt vanskelig har flere opplevd det når pasienten har vært i terminal fase. Pårørende har ønsket aktiv behandling, vesketterapi og lignende mens den eldre selv ønsker å slippe. Flere hadde opplevd slike dilemmaer der de har vært i en presset situasjon og gjort som pårørende har ønsket og angret i etterkant. Pårørende har da vært veldig sterke eller bevisste på sine ønsker, forklarte en kvinnelig sykepleier i sykehjem, 46 år:

”Jeg husker en gang en som skulle få lagt inn en pegsonde. En gammel dame og hun ga klart uttrykk for at det ønsket hun ikke. Og familien var helt... hun må få... eller så dør hun av sult. Det ble lagt inn en sonde selv om hun ikke ville. Etterpå har jeg tenkt mange ganger at det var feil sånn vi gjorde det der. Det var legen som avgjorde og vi kunne dekke oss bak det. Det var ingen god opplevelse”.

En sykepleier i hjemmetjenesten er spesielt tydelig på dette med lojalitet overfor pasienten og sa at jeg er gjerne behjelpelig overfor pårørende, men det forutsetter en åpen og ærlig kommunikasjon med pasienten.

Sammendrag: Sykepleiernes håndtering av meningsforskjeller mellom pasient, pårørende, og dem selv opplevdes ikke som noe stort problem. Det krever at de setter av tid til å informere både pasient og pårørende om situasjonen. Informasjonen til pasienten kan noen ganger ha preg av overtalelse, andre ganger forhandlinger og kompromisser. Pasientene bestemmer selv, hvis de er inneforstått med valgene, fastslår flere sykepleiere. Når det oppstår meningsforskjeller mellom pasient og pårørende opplever sykepleierne at de må være lojal mot pasienten, men samtidig vise forståelse overfor pårørende. Noen hadde eksempler på uheldige opplevelser der de hadde latt seg presse av pårørendes krav og på tvers av pasientens ønsker.

6.0 Drøfting

I dette kapitlet drøftes resultatene i lys av anvendt teori. Det er valgt ut to temaer som vurderes som grunnleggende for utvikling og kvalitetssikring av sykepleiernes praktisering av brukermedvirkning i omsorgsetaten. Det er tema ”Bevissthet og vektlegging av brukermedvirkning” som vurderes opp mot Helsedirektoratets strategier for implementering av brukermedvirkning i praksis (2006). Videre drøftes tema ”Grad av brukerinnflytelse” der sykepleiernes oppfatninger og praktisering av brukermedvirkning vurderes opp mot S.H. Arnsteins ”Ladder of citizen participation” (1969) og teori om helsefremmende arbeid. I hvilken grad preges deres

brukermedvirkning av reell innflytelse? Til slutt i kapitlet reflekteres det over resultatene sett opp mot hensikten med studien.

6.1 Bevissthet og vektlegging av brukermedvirkning

Innledningsvis i rapporten blir det poengtert at brukermedvirkning ikke må bli et honnørord. Med det menes at idealene må få konsekvenser i den praktiske virkelighet. Det er flere forhold som kan ha betydning for sykepleiernes bevissthet på, og vektlegging av brukermedvirkning i praksis. Sosial- og helsedirektoratet (2006) tar frem dette aspektet ved modellen for innføring av brukermedvirkning. Brukermedvirkning må skje på flere nivåer samtidig; på individnivå, på systemnivå og på politisk nivå (SHdir 2006). Forskeren velger først å se på individnivå, som omhandler den enkelte sykepleiers forhold til brukermedvirkning.

Spørsmålene i intervju guiden var delt i to hovedområder; å kartlegge sykepleiernes teoretiske forståelse av begrepet og hvordan de opplevde at de praktiserte brukermedvirkning. I intervjuet valgte de fleste sykepleierne å forklare ordet brukermedvirkning ved å gi sin definisjon av begrepet samtidig som de beskriver praksis. De knytter sin teoretiske forståelse til den praktiske hverdag for å kunne gi en bedre forklaring på begrepet og fordi betydningen avhenger av konteksten. Andre gjorde det for å fortelle at det er forskjell på idealer og virkelighet. Flere fortalte at brukermedvirkning ikke alltid praktiseres, hvilket også er i tråd med annen forskning (Henderson 2002, McCabe 2004, Jonsdottir et al. 2004). Dette kan forstås som at sykepleiernes kunnskap om brukermedvirkning i stor grad er situasjonsbestemt. De tenker seg inn i en situasjon eller et eksempel fra praksis for å finne ut hva brukermedvirkning er eller hva som er den rette måten å handle på. Deres kunnskap om brukermedvirkning avhenger av pasienten de har foran seg, situasjonen og konteksten. Svarene varierer derfor fra situasjonen til situasjon. Sykepleierne beskrev derfor brukermedvirkning med et spenn fra det å gi en pasient *følelse av mestring* til *selvbestemmelse* avhengig av pasientens samtykkekompetanse. Mye av kunnskapen sykepleierne har om brukermedvirkning, har trolig utviklet seg i samspillet med de pasienter de gir tjenester til.

Selv om sykepleierne hadde en begrenset teoretisk og eller analytisk tilnærming til begrepet brukermedvirkning så formidlet alle at brukermedvirkning var et riktig og viktig prinsipp i deres arbeid. Det samstemmer med tidligere studier av Henderson (2002). Flere fortalte allikevel at de måtte bruke tid på å tenke igjennom hva de la i begrepet. Noen opplevde begrepet fremmed og sa at selve begrepet brukermedvirkning ble lite brukt i den praktiske hverdag. De benyttet andre begreper som de opplevde hadde samme betydning. Tidligere forskning støtter disse resultatene om variasjon i bruk av begreper og at definisjon og innhold av begrepet kan være uklare. En større grad av refleksjon over praksis kombinert med mer teoretisk kunnskap om temaet vil kunne gi en dypere forståelse av ideologien og bidra til utvikling av praksis. Det er med andre ord viktig at sykepleierne har en grunnleggende forståelse av det helsefremmende perspektivet. Å investere i brukermedvirkning, gjennom en *god kommunikasjon* og *brukerinnflytelse*, kan for pasienten være en *salutogen* faktor som bidrar til helse

(Antonovski 1991). Denne forståelse, praktisert, står i motsetning til en praksis der sykepleieren, som ekspert, selv tar kontrollen (SHdir 2006).

Brukermedvirkning på systemnivå handler om at både pasient og sykepleier er del av et system som omfatter de politisk og administrative beslutningstagere og den enkelte virksomhet. Implementering av brukermedvirkning som ideologi må skje samtidig på både system- og individnivå (SHdir. 2006). Implementeringsarbeidet må ses på som en prosess og det må beregnes en utvikling over tid (Courtney et al. 1996, Gallant et al. 2002). I omsorgssektoren handler prosessen om en dreining fra en patriarkalsk ideologi til i større grad å basere omsorgstjenestene på pasientrettighetene (Kjønstad 1992). I folkehelseperspektivet handler det om tilretteleggelse av en *helsefremmende arena* der pasientene selv kan få være med å ta ansvar (WHO 1998). Et spørsmål som må stilles i denne studien er i hvilken grad kommunen, gjennom politisk og administrativ ledelse, har fokusert og tilrettelagt for denne ideologien. Sykepleierne fortalte at den var nedfelt i omsorgsetatens rutiner for førstegangsbesøk og for pårørendesamtale. Det at sykepleierne opplevde en fremmedhet i forhold til begrepet og at begrepet ble lite benyttet i arbeidssammenheng, kan allikevel tyde på at begrepet i liten grad settes på dagsorden av ledelsen i den daglige drift.

Tid, ble av mange oppgitt som en viktig betingelse for brukermedvirkning. Sykepleierne gir mange eksempler fra sin arbeidssituasjon på utfordringer som vanskeliggjør brukermedvirkning. Mangel på tid eller kapasitet krever prioritering og medfører grundige avveininger i utforming av tjenestetilbudet. Dette har ført til utvikling av uformelle regelverk om hva man gjør og ikke gjør i driftssituasjonen. Disse uformelle regelverk er ikke kvalitetssikret opp mot prinsippet om brukermedvirkning. Det er også et spørsmål om ikke dette vel så mye handler om holdninger som om tid. En av respondentene i studien opplevde det slik. Tilretteleggelse for brukermedvirkning, faglig forståelse og en likeverdig holdning i møte med pasientene beskrives av Tutton (2005) som noen av forutsetningen for å lykkes i praksis.

Behovet for økte ressurser i omsorgstjenesten er et forhold som fortløpende må overvåkes og vurderes av den administrative og politiske ledelsen. Når driftssituasjonen er presset, og det er nødvendig med prioriteringer, er det et spørsmål om ikke prioriteringene i større grad kunne skje i samarbeid med den enkelte pasient. For sykepleierne i hjemmetjenesten er dette en velkjent problemstilling. De beskrev situasjoner der de omdisponerte bruk av tid dersom det var spesielle behov. Fordi pasientene har ulike behov vil det kreve en aksept for ulike løsninger fra ledelsen side. Mitt inntrykk fra resultatene er at brukermedvirkning helt klart blir praktisert til, en viss grad, både i hjemmetjeneste og sykehjem, men at det også er et klart utviklingspotensiale. McCabe (2004) studie "Nurse-patient communication: an exploration of patients' experience" viste at sykepleierne kunne kommunisere når det fra ledelsens side ble fokusert på en pasientsentrert tilnærming. Det bekrefter nødvendigheten av at ledelsen i større grad setter brukermedvirkning på dagsorden.

På det politiske nivå har brukermedvirkning blitt fokusert på som et sentralt verdigrunnlag de siste 10 – 15 årene, både gjennom offentlige utredninger og lovverk knyttet til helse- og omsorgstjenesten (Kjønstad 1992). Sykepleierne har også prinsippet

om brukermedvirkning nedfelt i sitt verdigrunnlag gjennom de yrkesetiske retningslinjer (2001). De nasjonale styringssignalene og rammeverket for implementering av brukermedvirkning vurderes som tydelige og grundig gjennomarbeidet.

6.2 Grad av brukerinnflytelse

S.H. Arnsteins ”Ladder of citizen participation” (1969), en modell som viser grader av innflytelse i et pasient - behandler forhold, forteller at brukermedvirkning ikke alltid handler om en situasjon med reell makt, men at det kan dreie seg om *tokenism* eller symbolsk deltagelse (Arnstein 1969). Kategoriene *samråd* og *individuell tilnærming* samsvarer mye med trinnene i stigen som betegnes som symbolsk deltagelse. Mange av sykepleierne ga uttrykk for at brukermedvirkning handler om å være *deltagende*. De skulle få uttrykke *ønsker* og *tas med på råd* i ting som gjelder dem og *hvordan de vil ha det*. I trinn fem i modellen, som er det høyeste nivå av symbolsk deltagelse, gis pasienten muligheter til å gi råd, uttrykke ønsker og behov, uten at de har anledning til å fatte endelig avgjørelse. Noen sykepleiere påpeker at det å bli sett og hørt er, i seg selv, viktig i forholdet til identitet og selvbylde. Det gir imidlertid ikke noen makt i form av selvråderett.

Kun noen sykepleiere definerte brukermedvirkning i form av innflytelse. De sa at pasienten må få *bestemme så lang det var mulig*, at *de hele tiden må være i dialog* og *drøfte eller forhandle seg frem til en enighet*. Trinn seks på stigen kalles partnerskap. På dette nivå tar pasienten de fleste avgjørelser og opplever at de har kontroll. Sentrale faktorer i denne samhandlingen er maktdeling og forhandling (Stang 2003, Askheim 2007). I Helsedirektoratets (2006) definisjon og målsetning for brukermedvirkning brukes ikke begrepet partnerskap, men at bruker skal ha innflytelse og medvirker i valg, utforming og anvendelse av de tilbud som til enhver tid måtte være tilgjengelig. Det innebærer større autonomi, myndighet og kontroll over eget liv. Dette må forstås som at pasientene ikke kan kreve hva de måtte ønske, men at de får en reell innflytelse på de beslutninger som tas innenfor gitte rammer. Sykepleiernes oppgave i det helsefremmende arbeidet er å inngå et samarbeid med brukeren på en måte som bidrar til å styrke selvbildet og gir opplevelse av mestring på områder som brukeren selv opplever som betydningsfulle. Mestring handler blant annet om å ha tatt grep i eget liv og at de opplever kontroll. Det er viktig at det tas utgangspunkt i pasientens mål og ønsker for at pasienten skal mobilisere en innsatsvilje (Bredland et al. 2002). Det bør derfor være et mål, i omsorgstjenesten, at brukermedvirkning ikke bare handler om en symbolsk deltagelse, men en samhandling basert på maktdeling og forhandling.

Den enkelte sykepleier er premissleverandør for brukermedvirkning og må ta ansvar for tilretteleggingen. Det forutsetter at sykepleieren gir pasienten tilstrekkelig og tilpasset informasjon slik at de kan få innsikt i sin helsetilstand, innholdet i tjenestetilbudet og sine rettigheter som tjenestemottager (SHdir. 2006). Selv om brukermedvirkning både er en rettighet og en plikt, mener forskeren at mye avhenger av hvilket forhold den enkelte sykepleieren selv velger å ha til sine pasienter. Samtidig er det viktig å se at brukermedvirkning kan være utfordrende. Mange eldre har problemer med å kommunisere og forstå innholdet i den informasjonen som blir gitt. Jo dårligere

helsetilstanden er, jo større kan usikkerheten være om pasientens ønske og evne til medvirkning. Flere sykepleiere forteller at de må hjelpe på de områder de vet pasienten selv ikke mestrer, og at de bruker den kunnskap de har om pasienten fra før sykdom eller skade oppsto når de tar avgjørelser på vegne av pasienten. Noen nevner også at det er viktig å være lydhør og være var for pasientens ønsker og behov. I denne beskrivelsen av brukermedvirkning strekker sykepleierne definisjonen av brukermedvirkning langt. I studien til Steinsbekk & Solbjør (2008) stilles det spørsmål om hvorvidt all interaksjon som blir beskrevet mellom pasient og helsepersonell kan karakteriseres som brukermedvirkning med reell innflytelse.

Studien forteller også at brukermedvirkning i stor grad avhenger av kontekstuelle forhold. Både pasient og sykepleier opptrer annerledes overfor hverandre i pasientens hjem enn i sykehjem eller døgnbemannet omsorgsbolig. Maktfordelingen er forskjellig. Mange sykepleiere forteller at pasienten opplever hjemmet som sitt domene og tar i langt større grad kontroll over situasjonen og stiller krav. Det forteller oss at helsepersonell må utvise spesiell oppmerksomhet på dette forholdet i et institusjonsmiljø.

6.3 Refleksjon over studien

Hensikten med studien var å studere sykepleiernes teoretiske forståelse av begrepet brukermedvirkning og kartlegge hvordan sykepleierne selv opplever at de praktiserte brukermedvirkning i kommunens omsorgstjeneste. Resultatene viste at det var vanskelig for sykepleierne å skille mellom den teoretiske forståelsen og den praktiske erfaringen når spørsmålene skulle besvares. Forskeren opplevde det nærmest litt frustrerende, etter de første intervjuene, fordi det ga en opplevelse av at intervjuene ble ustrukturerte. Etter nærmere refleksjon kom forskeren til den erkjennelse at iakttakelsen også kan ses som et resultat, og at det var av interesse om dette ville bli en gjennomgående erfaring i resten av intervjuene. Generelt kan det reises spørsmål om en teoretisk overbygning er nødvendig eller om man ville ha kommet like langt med empati og vanlig folkeskikk. Forskeren mener allikevel at som profesjonell sykepleier er det nødvendig å ha reflektert holdning til begrepet. Grunnen til dette er at praktisering av brukermedvirkning må være en del av sykepleierens profesjonalitet og bli styrt i så liten grad som mulig av den enkelte sykepleiers personlige fortutsening eller sympati i forhold til den enkelte pasient.

Studien har gitt en rekke eksempler på hva brukermedvirkning handler om i praksis. Studien er omfangsrik. Den omfatter både hjemmetjeneste og sykehjem, den begrenser seg ikke til forholdet mellom pasient og sykepleier men tar også opp i seg samarbeidet med pårørende som representant for pasienten. Den innebefatter ulike pasientgrupper med ulik grad av samtykkekompetanse. Hadde studiens hensikt vært snevret inn kun det gitt anledning til å gå mer i dybden på temaene. Et slikt valg ville imidlertid ikke ha gitt kunnskapen om at betingelsene for brukermedvirkning i hjemmetjenesten og sykehjem er så forskjellige. Forskeren opplever at denne spennvidden gir et godt innblikk i den variasjon av forhold som sykepleierne opplever har betydning for deres praktisering av brukermedvirkning. Det var en del av hensikten med studien. Resultatene er etter min

vurdering godt egnet til bruk i refleksjonsgrupper eller i en undervisningssammenheng med tema brukervedvirkning. Mange av resultatene i studien kan i seg selv også være tema for fremtidig forskning. Spesielt interessant, opplever forskeren at det kunne ha vært å gå mer i dybden på prosessen som fører frem til de beslutningene som tas i samspillet mellom sykepleier og pasient. I den sammenheng ville både observasjoner av samspillet og pasientens opplevelser være av interesse for å få et mer helhetlig bilde.

7.0 Konklusjon og anbefalinger

Denne studien vist at sykepleierne, i kommunens omsorgstjeneste, opplevde brukervedvirkning som et riktig og viktig prinsipp å arbeide etter. Sykepleiernes kunnskap om brukervedvirkning var i stor grad situasjonsbestemt. Den ble beskrevet ut fra pasientene de selv arbeider med, situasjonene og konteksten. Det ble knyttet usikkerhet til den teoretiske forståelse av begrepet. En større grad av refleksjon over praksis sammen med mer teoretisk kunnskap om tema vil kunne gi en dypere forståelse for den helsefremmende ideologien og utvikling av praksis på brukervedvirkning.

Brukervedvirkning blir i hovedsak beskrevet som samråd og må forstås som symbolsk deltagelse der pasientenes deltar og gir uttrykk for behov eller gir råd uten at de har reell innflytelse eller myndighet. Langt færre beskrev brukervedvirkning som brukerinnflytelse i form av partnerskap der pasienten gis anledning til å ta avgjørelse og oppleve kontroll. Reell brukervedvirkning er en utfordring i praksis fordi brukergruppens sviktende helsetilstand påvirker evne og muligheter til medvirkning. Idealet eller målet for brukervedvirkning burde allikevel være reell innflytelse gjennom et likeverdig samarbeid mellom pasient og sykepleier.

Sykepleierne opplever at betingelser for praktisering av brukervedvirkning er knyttet til avveininger i tjenestetilbudet, strukturelle rammer og institusjonelle forhold. Det handler om tid, personellressurser og organisering av tjenestetilbudet. Disse utfordringene vil i større grad kunne håndteres om brukervedvirkning også ble implementert på systemnivå, det vil si på ledernivå.

Pårørende er en viktig kunnskapskilde og representant for bruker. I dette trekantbildet mellom pasient, pårørende og sykepleiere erfarer sykepleierne at det oppstår kryssende interesser som oftest lar seg løse gjennom kommunikasjon. Flere sykepleiere opplever at deres rolle er å være lojal overfor pasienten samtidig som at de skal forstå og være støttende overfor pårørende. Ivaretagelse av pårørende er viktig og bør styrkes ytterligere fordi det handler om å sikre pasientens sosiale kapital og sikre medvirkning for de med begrenset samtykkekompetanse.

Implementering av brukervedvirkning i omsorgstjenesten representerer et paradigmeskifte, og det må påregnes tid for implementeringen. Sykepleierne er klart ”på vei” i forhold til rollen som part i et partnerskap. Målet bør være en brukervedvirkning der pasienten opplever reell innflytelse og kontroll over eget liv. Dette er faktorer som i folkehelsearbeidet bidrar til styrket selvbylde og bedret helse.

Resultatene av studien samstemmer på mange områder med den forskning det er henvist til ovenfor. Det vises til sentrale funn, som sykepleiernes positive holdning til brukervedvirkning, det faktum at brukervedvirkning ikke alltid praktiseres og at betingelser for praktisering av brukervedvirkning blant annet er tilgang på tid og personellressurser (Henderson 2002, Murphys 2007). Studien samstemmer også med Steinsbekk & Solbjørs studie (2008) som viser store variasjon i hva slags interaksjon som ble rapporterte som brukervedvirkning. Det denne studien utdyper er om hvor situasjonsbestemt brukervedvirkninger er i praksis. Den gir også en mer inngående kunnskap om den bevissthet og forståelse sykepleiere har på brukervedvirkning og at brukervedvirkning primært forstås som symbolsk deltagelse uten reell innflytelse.

8.0 Referanser

Andersen, M.L., Brok, P.N. & Mathiasen, H. 2000, Empowerment på dansk, Dafolo Forlag AS, Fredrikshavn.

Arnstein, S.R. 1969, "A Ladder of Citizen Participation", *Journal of the American Institute of Planners*, vol. 35, no. 4, pp. 216-224.

Askheim, O.P. 2000, "Myndiggjøringsbegrepet i forhold til arbeidet med psykisk utviklingshemmede", *Embla*, no. 7, 46-64.

Antonovski, A. 1991, Hålsans mysterium, Natur og kultur, Köping.

Bengtsson, J. 1991, Den fenomenologiska rörelsen i Sverige: Mottagande och inflytande 1900-1968, Daidalos, Göteborg.

Björvell, H. 1999, "Patient empowerment - målet är bättre hälsa och stärkt beslutanderätt", *Läkartidning*, vol. 96, no. 44, pp. 4816-4820.

Bokmålsordboka, 1.9.2008.

<http://www.dokpro.uio.no/perl/ordboksoek/ordbok.cgi?alfabet=n&renset=j&OPP=pasient>

Branstad, A. 2003, "Fra monolog til dialog. Fra en maktform til en annen?" in *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* Eds. H.A. Hauge & M.B. Mittelmark (red.), Fagbokforlaget Vimstad & Bjørke AS, Bergen, pp. 162-173.

Bredland, E.L., Linge, A.L. & Vik, K. 2002, Det handler om verdighet – ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid, Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

Courtney, R., Ballard, E., Fauver, S., Gariota, M. & Holland, L. 1996, "The partnership model: working with individuals, families, and communities toward a new vision of health", *Public Health Nursing*, vol. 13, pp. 177-186.

Datatilsynet 14.4.2009, http://www.datatilsynet.no/templates/Temaforside_104.aspx

Engedal, K. 2005, "Utredning av demens og bruk av legemidler mot demens i sykehjem", *Tidsskrift for Den norske Legerforening*, vol. 125, pp. 1188-90.

Ejvegård, R. 2000, Vetenskaplig metod, Studentlitteratur, Lund.

Gallant, M.H., Beaulieu, M. & Carneval, F.A. 2002, "Partnership: an analysis of the concept within the nurse-client relationship", *Journal of Advanced nursing*, vol. 40, no. 2, pp. 149-157.

Gibson, C.H. 1991, "A concept analysis of empowerment", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 16, pp. 354-361.

Haglund, B. & Petterson, B. 1998, "Att lära av erfarenheter. Systematisk beskrivning och kritisk granskning. 20 frågor om hälsoprojekt", *Socialmedicinsk tidskrift*, vol. 3, pp. 106-111.

Hauge, H.A. 2003, "Hvordan kan samfunnsvitenskap bidra til helsefremmende arbeid?" in *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* Eds. H.A. Hauge & M.B. Mittelmark (red.), Fagbokforlaget Vimostad & Bjørke AS, Bergen, pp. 15-35.

Henderson, S. 2002, "Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 12, pp. 501-508.

HOD 1988, Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie av 14.11.1988 nr. 932, Helse- og omsorgsdepartementet (tidligere Sosial- og helsedepartementet), Oslo.

HOD 1999a, Lov om helsepersonell m.v. av 2.7.1999 nr. 64, Helse- og omsorgsdepartementet (tidligere Sosial- og helsedepartementet), Oslo.

HOD 1999b, Lov om pasientrettigheter av 2.7.1999, nr. 63, Helse- og omsorgsdepartementet (tidligere Sosial- og helsedepartementet), Oslo.

HOD 2006, Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Fremtidas omsorgsutfordringer, Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.

HOD 2007, Demensplan 2015 "Den gode dagen", Delplan til Omsorgsplan 2015, Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.

HOD 2008, Ny kunnskap om brukerne og hjelpebehov i omsorgstjenesten, Pressemelding publisert 18.1.2008, nr. 4, Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.

Husebø, B. & Husebø, S. 2005, "Sykehjemmene som arena for terminal omsorg – hvordan gjør vi det i praksis?", *Tidsskrift for Den norsk Legeforening*, vol. 125, pp.1352-1354.

Jacobsen, D.I. 2000, Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskaplig metode, HøyskoleForlaget, Kristiansand S.

Jonsdottir, H., Litchfield, M. & Pharris, M.D. 2004, "The relational core of nursing practice as partnership", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 47, no.3, pp. 241-250.

Kjønstad, A. 1992, "Pasientrettighetenes framvekst" in *Helseprioriteringer og pasientrettigheter*, A. Kjønstad & A. Syse (red.), Ad Notam Gyldendal, Oslo, pp. 189.

Kvale, S. (2001) *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

Lystrup, L., Lillesveen, B., Nygård, A. & Engedal, K. 2006, "Omsorgstilbudet til hjemmeboende personer med demens", *Tidsskrift for Den norsk Legeforening*, vol. 126, pp. 1917-1920.

Mc Cabe, C. 2004, "Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 13, pp. 41-49.

Medin, J. & Alexanderson, K. 2000, Begreppen. Hälsa och hälsofrämjande - en litteraturstudie, Studentlitteratur, Lund.

Munro, M.F., Gallant, M., Mac Kinnon, M., Dell, G., Herbert, R., MacNutt, G., McCarthy, M.J., Murnaghan, D. & Robertson K. 2000, "The Prince Edward Island conceptual model for nursing: a nursing perspective of primary health care", *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 32, pp. 39-55.

Murphy, K. 2007, "Nurses' perceptions of quality and factors that affect quality care for older people living long-term care settings in Ireland", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 16, pp. 873-884.

NOU 1998, Det er bruk for alle, Norsk offentlig utredning 1998:18, Sosial- og helsedepartementet, Oslo.

NSF 2001, Yrkesetiske retningslinjer for sykepleier, Norsk sykepleierforbund, Oslo.

Personopplysningsloven 2000, Lov om behandling av personopplysninger av 14.4.2000, nr. 31, Justis- og politidepartementet, Oslo.

Rydeman, I.B., Törnkvist, L. & Gustfsson, B. 2005, "Patient/relative power in home-care nursing: a study of involvement and influence from the district nurses' point of view", *Theoria, Journal of Nursing Theory*, vol. 14, no. 2.

Sahlsten, M.J.M., Larsson, I.E., Lindencrona, C.S.C. & Plos, K.A.E. 2005, "Patient participation in nursing care: an interpretation by Swedish Registered Nurses", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 14, pp. 35-42.

Selboe, A., Bollingmo, L. & Ellingsen, K.E. 2005, Selvbestemmelse for tjenestenytere, Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

SH dir. 2006, Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål anbefalinger og tiltak i Opptappingsplan for psykisk helse IS-1315 Rapport, Sosial- og helsedirektoratet, Oslo.

Sigstad, H.M.H. 2004, "Brukermedvirkning - alibi eller realitet?", *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, vol. 124, pp. 63-64.

Stang, I. 2003, "Bemyndigelse" in *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* Eds. H.A. Hauge & M.B. Mittelmark (red.), Fagbokforlaget Vimostad & Bjørke AS, Bergen, pp. 141-159.

Starhawk, M.S. 1987, Truth or Dare, Harper & Row, New York.

Steinsbekk, A. & Solbjør, M. 2008, "Brukermedvirkning i sykehusavdelinger?", *Tidsskrift for Den norske legeforening*, vol. 128, pp. 1944-1945.

Tutton, E.M.M. 2005, "Patient participation on a ward for frail older people", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 50, no. 2, pp. 143-152.

Tveiten, S. 2007, Den vet best hvor skoen trykker - Om veiledning i empowermentprosessen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen.

Vatne, S. 1998, Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen.

Weber, M. & Fivelstad, E. (red.) 2000, Makt og byråkrati. Essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier, Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

WHO 1986, The Ottawa Charter for Health Promotion, World Health Organization, Geneva.

WHO 1998, Health promotion glossary:
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf

Fagsjef omsorg
Omsorgs- og oppvekstseksjonen
Postboks 1405
1602 Fredrikstad

Sarpsborg 25.09.06

Forespørsel om å få gjennomføre en intervjuundersøkelse i omsorgsetaten i Fredrikstad kommune høsten 2006/våren 2007. Dataene skal benyttes til en mastergradsoppgave i folkehelsevitenskap.

Fredrikstad kommune innvilget meg 02.07.04 permisjon med full lønn for å gjennomføre Mastergradsstudiet (Master of Public Health). Jeg har nå kommet så langt i studiene at jeg skal skrive en mastergradsoppgave. Et krav til denne oppgaven er at jeg har gjennomført en forskningsstudie. I den forbindelse kommer jeg med en forespørsel om å få gjennomføre en intervjuundersøkelse med sykepleiere ansatt i omsorgsetaten i Fredrikstad kommune. Av praktiske grunner må intervjuene gjennomføres i ordinær arbeidstid.

Tittelen på min oppgave er foreløpig kalt ” Sykepleier, ekspert eller partner?”
Formålet med dette studiet er å undersøke sykepleieres ulike forståelse og beskrivelse av begrepet brukarmedvirkning. Videre er det ønskelig å kartlegge hvordan sykepleiere selv mener at de praktiserer brukarmedvirkning i den kommunale omsorgstjenesten.

Lengden av intervjuene skal være 45 - 60 minutter.

Jeg ønsker å intervju 20 sykepleiere med en stillingsstørrelse på 50 % eller høyere og som har mer enn ett års yrkeserfaring.

Ti av sykepleierne skal arbeide på sykehjem og ti i hjemmetjenesten. Det tilstrebes å få med både menn og kvinner, men et flertall kvinner slik at det speiler den kjønnsfordeling som er i omsorgstjenesten. Sykepleierne skal når de arbeider ha direkte kontakt med brukerne.

Det er ønskelig med respondenter fra alle sykehjemmene og åpen omsorgsvirksomhetene slik at det blir et geografisk spredt utvalg.

Arbeidet fremlegges i form av en MPH oppgave. Den vil senere kunne benyttes i en pedagogisk sammenheng i forhold til tema brukarmedvirkning i den kommunale omsorgstjenesten.

Ideformulering til oppgaven er vedlagt. Viser spesielt til kap.6.0 om etiske vurderinger.

Med hilsen
Wenche Sydvold
Spesialkonsulent
OO – seksjonen

Fredrikstad 16.10.06

Til
Navn....
Virksomhet....

Forespørsel om deltagelse i en intervjuundersøkelse

Mitt navn er Wenche Sydvold. Jeg er ansatt i Omsorgs- og oppvekstseksjonen i Fredrikstad kommune som konsulent og er utdannet sykepleier. Jeg studerer ved Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV) og skal skrive en mastergradsoppgave i folkehelsevitenskap. I den forbindelse skal jeg gjennomføre en intervjuundersøkelse.

Jeg vil med denne henvendelsen spørre om du som sykepleier kunne tenke deg å delta i denne undersøkelsen. Deltagelse baseres på frivillighet.

Tema for intervjuet er brukermedvirkning med fokus på samarbeidet mellom sykepleiere og brukere i åpen omsorg og sykehjem i kommunen. Jeg ønsker å få vite hva du legger i begrepet brukermedvirkning og hvordan du i ditt arbeid praktiserer brukermedvirkning.

Brukermedvirkning er et begrep som de siste årene er innarbeidet i de lover og forskrifter vi arbeider etter. Hva man skal forstå med begrepet brukermedvirkning og hvordan det skal praktiseres beskrives sjeldent. Jeg skal intervju 20 sykepleiere fra ulike virksomheter i omsorgsetaten og er opptatt av å kartlegge variasjoner i oppfatning og arbeidsmåte. Hensikten med undersøkelsen er å få frem nyttig kunnskap som kan benyttes i arbeidet med kvalitetsutvikling og opplæring på dette området i omsorgsetaten.

Jeg ønsker å intervju 10 sykepleiere fra sykehjem og 10 fra åpen omsorg. Det skal være offentlig godkjente sykepleiere med minst ett års arbeidserfaring som arbeider i direkte kontakt med brukerne. Stillingsstørrelse må være 50 % eller høyere. Jeg ønsker en spredning på intervjupersonene fra ulike virksomheter, med ulik alder og begge kjønn representert.

Etter avtale med Fagsjef omsorg, har personalkonsulent valgt ut 1-2 sykepleiere fra hver virksomhet ut fra ovennevnte kriterier. Du er en av de utvalgte.

Intervjuet vil ta inntil 1 time og jeg vil kunne gjennomføre intervjuet på din arbeidsplass hvis det er ønskelig. Jeg har avklart med din arbeidsgiver at det kan skje i din arbeidstid. Dette vil bli et relativt åpent intervju. Jeg har satt opp noen hovedspørsmål som jeg vil stille i løpet av intervjuet, men ellers vil jeg legge vekt på det du forteller og reflektere over det.

Alt materiale knyttet til intervjuundersøkelsen vil bli behandlet konfidensielt. Dette innebærer at alle data i oppgaven vil bli anonymisert. Se mer detaljert beskrivelse på hvordan dine opplysninger håndteres i samtykkeerklæringen som ligger vedlagt i to eksemplarer.

Jeg gleder meg til å starte opp med intervjuene og få mer kunnskap om brukermedvirkning i praksis. Som tidligere nevnt er dette frivillig, men jeg er svært takknemlig hvis du velger å delta. Dersom du aksepterer så må du underskrive vedlagte samtykkeerklæring og sende i rettur ett eksemplar. Jeg vil ta kontakt så snart erklæringen er mottatt.

Ønskes nærmere opplysninger kan du ringe 69306148 og / eller 97573015. E- post adresse er wesy@fredrikstad.kommune.no.

Med hilsen

Wenche Sydvold
Omsorgs- og oppvekstseksjonen



Fredrikstad 16.10.06

Samtykkeerklæring om deltagelse i intervjuundersøkelse.

Wenche Sydvold er ansatt i Omsorgs- og oppvekstseksjonen i Fredrikstad kommune som konsulent og er utdannet sykepleier.
Hun studerer ved Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV) og skal skrive en mastergradsoppgave. I den forbindelse skal hun gjennomføre en intervjuundersøkelse.

Tema for intervjuet er brukermedvirkning med fokus på samarbeidet mellom sykepleiere og brukere i åpen omsorg og sykehjem i kommunen.
Resultatet av undersøkelsen vil kunne være til nytte for kommunen senere i en pedagogisk sammenheng.

Intervjuundersøkelsen starter opp 1. november 2006. Masteroppgaven er planlagt innlevert senest 1. juni 2008.

Det vil bli brukt båndopptager under intervjuene. Opptaket blir brukt for senere å kunne skrive ned ordrett det du har sagt. Alle dine opplysninger vil bli anonymisert.

Kodenøkkelen til båndene med navn på deltagerne i intervjuundersøkelsen blir utarbeidet manuelt og arkivert atskilt fra båndene. Kodenøkkelen ødelegges når masteroppgaven er levert inn, senest 01.06.08. Båndet blir oppbevart i kommunens arkiv anonymisert i 10 år. Dette gjøres med en forskningsetisk begrunnelse. Melding om behandling av personopplysninger er sendt Datatilsynet.

Om du samtykker til deltagelse i intervjuundersøkelsen, så har du allikevel rett til å trekke deg fra studien på et hvilket som helst tidspunkt før oppgaven innleveres, uten å begripe det og uten at det får noen konsekvenser for deg.

Undertegnede samtykker herved å delta i intervjuundersøkelsen:

.....
Sted Dato

.....
Navn

Ett eksemplar returneres til:
Wenche Sydvold, Omsorgs- og oppvekstseksjonen, Fredrikstad kommune.

ID:	02	OPPSTART KL.	13.00
DATO:	08.11.06	AVSLUTNING KL.	13.40
TJENESTE:	H		
Førsteinntrykk / Hva har kommet frem? Brukermedvirkning er viktig for at bruker skal få dekket sine behov og imøtekommet sine ønsker. Det kan av og til være vanskelig sett i forhold til hva som er mulig/andre hensyn. Respondenten beskriver en virksomhet som tydelig setter av tid til brukermedvirkning gjennom møter med bruker og pårørende der man drøfter seg frem til en enighet om hvordan tjenesten og samarbeidet skal tilrettelegges. De er flere til stede fra hjemmetjenesten i disse møtene. Forteller mye om denne ”forhandlingen” som foregår mellom pasient/pårørende og hjemmetjenesten. At det i denne forhandlingen enkelte ganger kan legges et press på bruker eller pårørende som respondenten opplever kan ligge i grenseland for hva som oppleves riktig. Noen ganger kan pasienten gi etter å akseptere de forslag hjemmetjenesten kommer med andre ganger gir hjemmetjenesten etter og aksepterer pasientens valg. Hjemmetjenesten argumenterer ut fra den faglige kunnskap de har og de vurderinger de har gjort i forhold til brukerens situasjon. Hjemmetjenesten strekker seg langt i forhold til ønsket om å få bo hjemme og ikke flyttes/midlertidig opphold på institusjon. Forteller også at det er brukerens vilje som de først og fremst forholder seg til når bruker er i stand til å ta avgjørelser hvis det er uenigheter mellom pårørende og bruker. Det å gi tjenester i brukerens hjem gjør det naturlig å tenke brukermedvirkning. Selve begrepet brukermedvirkning oppleves noe fremmed.			
Personlig interaksjon? Virket litt nervøs og veldig konsentrert Var rask og sikker på å svare. Hadde en tydelig ”vi holdning” i forhold til virksomhetens arbeidsmåte. Dette var intervju nummer 2. Jeg var noe bedre språklig sett. Var kanskje ikke så påpasselig på å klargjøre svarene, men respondenten var tydelig i sin fremstilling. Respondenten oppfattet spørsmålene raskt og svarte adekvat. Respondenten avsluttet med å si at tema i intervjuet har gitt ettertanker. Opplever det spennende og interessant. Andre i virksomheten har også vist interesse.			

5.1 Oppfatninger ordet brukarmedvirkning

5.1.1 Samråd

"... å ta pasienten med på råd i ting som gjelder pasienten og hvordan han vil ha det..."

I beskrivelsen av ordet brukarmedvirkning legger alle sykepleierne vekt på pasientens deltagelse.

"... vi jobber jo med pasienten..."

"...hvordan brukerne får være med..."

"...at pasienten er med i planleggingen..."

"...har et ord med i laget så ikke...sykepleierne...kommer til å overkjøre dem..."

"...at han får lov å være med i prosessen..."

"...ikke bare overkjører pasienten..."

"...at man ikke overser pasienten..."

"...at pasienten skal være med på det..."

"...i hvert fall være med å høre..."

"...at de er med å tar valg..."

"...få de med på avgjørelser..."

"Brukarmedvirkning er den måten pasienten er med og som gir..."

"Vi skal ikke kjøre fagkunnskapen vår over pasienten".

"...at bruker skal være med å..."

"Brukarmedvirkning er hvordan pasienten...kan være med i pleien".

"Bruker er de som bor her og medvirkning er hvordan de kan være med ..."

"Er med å tar avgjørelser..."

**För förteckning över DrPH- och MScPH-avhandlingar samt
examensarbeten för MPH vid NHV**

**–
se www.nhv.se**

