Brukermedvirkning i praksis

En kvalitativstudie av personalets og lederes utfordringer ved ivaretakelse av brukermedvirkning

Navneet Sharma
VID vitenskapelige høgskole
Diakonhjemmet Oslo

Masteroppgave
Master i verdibasert ledelse

Antall ord: 21617
Dato 02.05.18

Obligatorisk erklæring

Navn: Navneet Sharma, kandidatnummer: 9
Navn på studiet: Master i verdibasert ledelse
Navn på eksamen: Master innlevering
Emnekode: MAVERD-599
Innleveringsfrist: 02.05.18
Antall ord: 21617

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 11. desember 2015 nr. 1665 om opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høgskole § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høgskole fastsatt 18. desember 2015.

Ved å signere med navn erklærer jeg å være kjent med VID vitenskapelige høgskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.

Navn:_____Navneet Sharma_____

Masteroppgaver med karakteren A-C: Jeg samtykker i at min masteroppgave publiseres i VID vitenskapelig høgskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN): Sett kryss Ja: ☒ Nei: ☐

Sammendrag

Nøkkelord: lederrolle, brukermedvirkning, tidspress, verdier, prioriteringer, holdninger, verdibasert ledelse, velferdsteknologi

Hensikt: Denne masteroppgaven har til hensikt å bidra til økt innsikt i avdelingssykepleierrollen i sykehjem i en demensavdeling; utfordringer, forhandlinger, forventninger og verdier. I tillegg ønsker jeg å tilegne meg kunnskap om hvordan avdelingssykepleiere på systemnivå legger til rette for medvirkning på brukernivå i demensomsorgen og hvilke tiltak som blir iverksatt.

Metode: Det er gjennomført seks kvalitative intervjuer med 3 avdelingssykepleiere og 3 ansatte med helsefaglig bakgrunn ved 3 ulike kommunale sykehjem i Oslo.

Problemstilling: Hvordan kan avdelingssykepleier legge til rette for brukermedvirkning i demensomsorg?

Forskningsspørsmål:

1 Hva innebærer brukermedvirkning i demens, utfordringer fra leders og ansattes side?

2 Hvordan benyttes nye løsninger?

3 Hvilken betydning har leder og medarbeider relasjonen for å nå fellesmål om brukermedvirkning?

Funn: Avdelingssykepleierollen påvirkes av en stor andel administrativt arbeid, kryssende forventninger og ulike verdier. Det er avstand mellom det avdelingssykepleierne bruker størstedelen av sin tid på og å iverksette tiltak for å fremme brukermedvirkning. Funn viser at det fortsatt er lite medvirkning i demensomsorgen, der ansatte og ledere har noen like og noen ulike utfordringer for å fremme brukermedvirkning. Avdelingssykepleierne erfarer at de er i forhandlinger hele tiden med ulike aktører. De senker kravene til eget lederskap og til tjenesten de er ansvarlig for på grunn av stort arbeidspress og konkurrerende verdier.

Konklusjon: Avdelingssykepleieren forsøker å lede etter profesjonsverdier som omsorg og nærvær for å fremme brukermedvirkning. Avdelingssykepleierrollen beskrives som kompleks og utfordrende med kryssende forventninger og verdier fra ulike hold og i tillegg påvirkes deres ledelse av budsjettbalanse, sparinger, effektivitet, kontroll og orden. Funn viser at rammefaktorer og verdigrunnlag i helsevesenet ikke samsvarer med myndighetenes eller helsepersonells målsetninger for demensomsorgen, og fører til stort gap mellom teori og praksis. Funn viser et omsorgstilbud der det ikke er rom for helsepersonells faglige skjønn eller pasientmedvirkning, og dette gir begrenset handlingsrom. Helsepersonell forteller at det er vanskelig å snakke om brukermedvirkning i demensomsorgen. Lederens funksjon som veiviser tar mye tid og fokus og reduserer tilgjengelig tid for andre lederfunksjoner og direkte pasientkontakt.

Forord

Denne masteroppgaven er siste ledd i studiet Master i verdibasert ledelse ved VID vitenskapelige høgskole i Oslo. Oppgaven representerer slutten på min tid som student, en tid som har vært spennende, lærerik og utfordrende.
Jeg vil takke avdelingssykepleiere og helsepersonell som valgte å stille opp som informanter til masteroppgaven. Takk for deres tid og engasjement.
Takk til veileder Gry Bruland Vråle for kyndig hjelp og tydelige tilbakemeldinger. Uten hjelp og støtte hadde ikke dette studiet vært mulig å gjennomføre. Takk til svigerfamilien for at dere har holdt ut og hjulpet til med barnepass i helgene. Tusen takk til min kjære, Vijay. Uten din støtte hadde jeg ikke klart dette. Takk for din oppmuntring og støtte som har gitt meg muligheten til å være i min egen boble gjennom masterforløpet.

Takk til min mor som viste forståelse for at jeg ikke har vært like tilgjengelig i den siste tiden. Takk til venner og familie for at dere har vært heiagjeng. Takk til mine dyrebare barn Arkin og Dunia; nå skal dere få mamma tilbake igjen. Jeg gleder meg til å være sammen med dere.

Navneet Sharma 30.04.18

Innholdsfortegnelse

Obligatorisk erklæring 2

1.0 Innledning 8

1.1 Problemstilling 9

1.2 Avgrensninger 9

2.0 Teori og forskning 11

2.1 Brukermedvirkning 11

2.2 Kunnskap 13

2.3 Dømmekraft 15

2.4 Velferdsteknologi 15

2.5 Tidligere forskning 16

2.6 Bevissthet om maktforholdet 20

2.7 Kvalitetskrav 20

2.8 Ledelse 20

2.8.1 Verdibevisst ledelse 21

2.8.2 Relasjonsledelse 22

2.9 Oppsummering 23

3.0 Metode 24

3.1 Valg av metode 24

3.2 Intervju 25

3.2.1 Utvalg og rekruttering 26

3.2.2 Utarbeidelse av intervjuguide og gjennomføring 26

3.2.3 Transkripsjon 27

3.3 Metode for analyse 27

3.3.1.Helhetsinntrykk 27

3.3.2 Meningsbærende enheter 28

3.3.3 Kondensering 28

3.3.4 Sammenfatning 29

3.4 Empirien sett i lys av reliabilitet og validitet 30

3.4.1 Metode refleksjon 31

3.4.2 Forskningsetikk 32

3.4.3 Forskerrollen 32

4.0 Funn og fortolkning 34

4.1 Lederes utfordringer ved tilrettelegging av brukermedvirkning 34

4.2 Ansattes utfordringer 36

4.3 Felles utfordringer 38
4.4 Hva gjøres for å fremme brukermedvirkning 40
5.0 Drøfting 45
5.1 Forhold til brukermedvirkning i det daglige 45
5.1.1 Rolle som omsorgspersonell 46
5.2 Tid 50
5.2.1 Prioriteringer 54
5.2.2 Flerkulturelle aspekter 56
5.2.3 Kunnskap, holdninger og verdiforankring 57
5.2.4 «GPS ressurs eller til hinder» 59
5.3 Lederrolle som veiviser 62
6.0 Oppsummering 64
7.0 Litteraturliste 68
8.0 Vedlegg 76
8.1 Vedlegg 1 76
8.2 Vedlegg 2 77
8.3 Vedlegg 3 78
8.4 Vedlegg 4 79
8.5 Vedlegg 5 81

1.0 Innledning

Dette studiet dreier seg om brukermedvirkning innen demensomsorg på sykehjem i Oslo. St.meld. 26 (2015) beskriver noen av utfordringene for sykehjemsdrift slik; Sykehjem yter tjenester med stort personellbehov for å dekke døgnkontinuerlig drift. Mange ansatte arbeider på deltid, og tallet på ufaglærte er høyt. Det er en faglig krevende virksomhet. Beboerne har mange og sammensatte diagnoser. Demens utvikler seg over flere år, noe som resulterer i gradvis reduksjon i evnen til medbestemmelse. Pasienter med demens kan ikke betraktes som umyndige. I følge Smeby (Smebye, Kirkevold og Engedal, 2012) viser det seg at personer med demens generelt har hatt for liten innflytelse på sin omsorgssituasjon. De kan fortsatt ha evne til å være med på bestemmelser om hverdagen sin (Smebye m.fl., 2012). En person med demens kan involveres i beslutninger i varierende grad, og vil ofte være avhengig av et godt samarbeid med sine omgivelser. Dette kommer tydeligere frem i regjeringens plan for «Kompetanseløft 2020» (Helse og- Omsorgsdepartement) og i «Omsorg 2020» som er regjeringens planer for prioriterte felt i 2015-2020. Det kreves at pasientens opplevelser og behov må være i fokus for å oppnå brukermedvirkning innen demens, da det er viktig at tjenester henger sammen. Styrkning av ledelse og ansattes kompetanse gis mye oppmerksomhet i «Omsorg 2020» (regjering.no). Her påpekes omsorgssektoren som et komplekst og krevende område å være leder for, hvilket stiller høye krav til fagkompetanse og ledelse. Helsevesenet innrammes av lover og forskrifter, og kvalitetssikring innebærer å utvikle prosedyrer, regler og rutiner som planlegger handlingsforløp slik at uønskede hendelser ikke oppstår.

I denne masteroppgaven ser jeg etter avdelingssykepleiernes opplevelser omkring egen ledelse med tanke på å håndtere utfordringer for å fremme brukermedvirkning. Hva gjøres av arbeid for å fremme brukermedvirkning og hvilke faktorer er det som spiller inn når brukermedvirkning skal iverksettes? Hva gjøres av de ansatte og hvordan må lederen i organisasjonen fungere for å løse utfordringer de ansatte har for å fremme brukermedvirkning? Jeg ønsker å tilegne meg kunnskap om hvilke verdier lederskap representerer på de ulike sykehjemmene. Jeg er selv avdelingssykepleier ved et sykehjem i Oslo, hvor jeg har vært leder for en skjermet avdeling for personer med demens de siste årene. Hensikten med studien er å belyse og forstå mer omkring avdelingssykepleieres lederrolle for å fremme brukermedvirkning. Dette arbeidet kan være faglig spennende for å se på hvordan

ledere kan sørge for at det eksisterer rammer som gjør det mulig å arbeide med å fremme brukermedvirkning som også kan være etisk interessant.

Jeg vil påpeke at denne prosessen har vært utfordrende og krevende for meg ved å ha en annen etnisk bakgrunn og indisk som morsmål.

1.1 Problemstilling

> Hvordan kan avdelingssykepleier legge til rette for brukermedvirkning i demensomsorg?

Jeg har fokus på følgende forskningsspørsmål:

1. Hva innebærer brukermedvirkning i demens, utfordringer fra leders og ansattes side?

2. Hvordan benyttes nye løsninger?

3. Hvilken betydning har leder og medarbeider relasjonen for å nå fellesmål om brukermedvirkning?

1.2 Avgrensninger

Jeg har konsentrert meg om avdelingssykepleiere og ansatte med fagbrev i sykehjem fordi disse har et bredt ansvarsområde hvor kompleksiteten i lederrollen, verdier og ansattes utfordringer har betydning for å fremme brukermedvirkning. Jeg har ikke foretatt intervjuer med pasienter, da oppgaven i all hovedsak fokuserer på hvordan brukermedvirkning påvirkes av systemnivå på brukernivå.

Jeg har hatt vanskeligheter med å finne flere informanter som hadde erfaring med GPS (velferdsteknologi) på sykehjem. Det finnes flere andre nye velferdsteknologiske hjelpemidler, men jeg forholder meg kun til GPS siden jeg tror det er mest relevant med tanke på pasienter med demens og deres opplevelse av å komme seg ut når de selv ønsker.

I det innledende kapitelet i oppgaven presenteres problemstillingen. I kapittel 2 presenteres teori og tidligere forskning om brukermedvirkning både i Norge og internasjonalt, kunnskap, fagligskjønn, leder teorier, lover og forskrifter. I kapittel 3 beskrives valg av metode,

gjennomføring av undersøkelsen og metoderefleksjoner. I kapittel 4 presenteres funn og helhetsforståelse. Videre i kapittel 5 drøftes funnene i lys av teori og empiri og i forhold til de tre forskningsspørsmålene. I kapittel 6 trekkes det konklusjoner i lys av problemstilling. Helt til slutt gir jeg en oppsummering og vurdering av oppgavens sterke og svake sider, samt praktiske konsekvenser.

2.0 Teori og forskning

I dette kapittelet presenteres tidligere forskning og teori. Sentralt i prosjekter er brukermedvirkning, kunnskap, faglig skjønn, dømmekraft og ledelse. Teorigjennomgangen vil også handle om teori knyttet til tidligere forskning, skjønnsutøvelse, velferdsteknologi og kunnskapsutvikling i forhold til brukermedvirkning og etikk.

Brukermedvirkning er et nøkkelbegrep i oppgaven. Teoridelen er derfor en induktiv gjennomgang av brukermedvirkningsbegrepet, lovgrunnlag, perspektiver og begrunnelser for brukermedvirkning, og hvordan begrepet kan klassifiseres med hensyn til grader av medvirkning. Forskningsrapportene, som jeg refererer til i oppgaven, peker på perspektiver om makt, hvor brukermedvirkning innebærer at makt settes i bevegelse.

2.1 Brukermedvirkning

Det er mellom 77 000 -104000 mennesker med demens i Norge i dag, og Mellom 300 000 og 400 000 er pårørende berøres av å ha en person med demens i familien (Nasjonalforeningen for-folkehelsen, 2018). Dette antallet vil stige i årene som kommer. Demens representerer en av de største helseutfordringene i Norge i dag (Wogn-Henriksen, 2012). Det er flere sykdommer som fører til demens: Alzheimers sykdom, demens med lewylegemer, demens relatert til karsykdom og hjerneslag eller pannelappdemens (Engedal, 2016). Demens er en sykdom som utvikler seg over år, og som resulterer i gradvis reduksjon i evnen til medbestemmelse. Likevel kan ikke personer med demens betraktes som ikke å være i stand til å ta avgjørelser vedrørende behandling, tjenester og tiltak på basis av diagnosen alene. De kan fremdeles ha evne til å være med på bestemmelser som handler om hverdagen deres (Smebye m.fl. 2012). Personer med demens har generelt hatt for liten innflytelse på sin omsorgssituasjon.

Ifølge Storm (2010) har norsk lov sikret pasienter deltakerrettigheter i beslutninger knyttet til utforming og gjennomføring av helsetjenester. Brukermedvirkning er blitt en grunnleggende rettighet i helsetjenestene i Norge (Pasient- og brukerrettighetsloven), og er vanligvis delt inn i tre nivåer: individnivå, systemnivå og politisk nivå. På individnivå er brukermedvirkning definert som deltakelse i valg, utforming og bruk av tjenester. Helsepersonell som jobber

direkte med tiltak og tjenester vil jobbe med brukermedvirkning på dette nivået (Grytten, 2013). Brukeren skal gis anledning til innflytelse på helsetilbudet som mottas. På systemnivå innebærer begrepet brukermedvirkning at brukere inngår i et likeverdig partnerskap med de profesjonelle, og er aktive i planlegging og beslutningsprosesser relatert til tiltak og tjenester gjennom hele prosessen (Grytten, 2013). Tradisjonelt sett har brukernes erfaringer blitt lite vektlagt innen demensomsorg.

Brukermedvirkning på politisk nivå er definert som en aktiv rolle i ulike brukergrupper og organisasjoner knyttet til politiske prosesser (Haukelien 2011). Den vanligste typen av slikt brukerengasjement i Norge har vært rådgivende styrer med representanter fra ulike brukerorganisasjoner som gir tilbakemelding på tjenestene, gir anbefalinger for tjenesteutvikling og som innhenter tilbakemeldinger fra pasienter (Andreassen, 2007).

Thompson (2007) definerer deltakelse som medbestemmelse som gjøres av pasienter og fagfolk, og dette forekommer bare gjennom gjensidige relasjoner i dialog og felles beslutninger. Brukermedvirkning er både et virkemiddel for å oppnå bedre tjenester, det har en egenverdi i form av at brukere av helsetjenestene skal kunne være med på å bestemme over egne liv, og det har en terapeutisk effekt ved å kunne bidra til bedringsprosesser.

Brukermedvirkning er et viktig satsningsområde i dag, og anses å ha stor betydning for kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene (Grytten, 2013; Storm, 2010). I følge Haukelien beskriver mye av litteraturen brukermedvirkning som normativ. Det betyr at den kan gi råd om hvordan medvirkning bør gjennomføres, fremfor å si noe om hvordan brukermedvirkning skjer i praksis (Haukelien, Møller og Vike, 2011). Utfordringen er å få til reell medvirkning i praksis. Blant utfordringene for brukermedvirkning i demensomsorg er de store individuelle forskjellene som sykdommen fører til. Demens er en samlebetegnelse på ulike ervervede organiske sykdomsprosesser i hjernen, og tilstanden er irreversibel (Jensen, Eklund og Bjerke, 2014).

Videre beskriver Meyer, Kopke, Haastert og Mühlhauser (2009) at svekkelse av hukommelse, persepsjon, kognitive funksjoner, emosjonell kontroll, motivasjon og endring i sosial atferd

kan vanskeliggjøre brukermedvirkning. Dette kan også medføre manglende tilrettelegging, unødig bruk av medikamenter og mer frihetsberøvelse og tvang.

Deltakerne i studien til Klausen (Klausen, 2015; Klausen et al. 2015; Klausen et al. 2013) understreket viktigheten av å forstå brukerinvolvering som individuelt forankret innenfor relasjonelle rammer. Ulike brukere deltar i sin egen behandling på ulike måter, og det er viktig for de profesjonelle å motivere den enkelte brukerens engasjement. Kunnskapsbasert praksis (Helsebiblioteket, 2012) hviler på ulike typer kunnskap og innehar elementene forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukers kunnskap og medvirkning i en kontekst. De siste årene er det utviklet flere verktøy og beslutningshjelpemidler for kunnskapsbasert praksis. Et verktøy for kartlegging og måling av brukermedvirkning er «Hva er viktig for deg?», som brukes ved flere sykehjem i Oslo.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester har som mål å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Loven skal fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og forebygge sosiale problemer. Videre sier loven at kommunene skal utarbeide en individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den enkelte. Dersom en bruker har behov for tilbud både i kommunen og innenfor spesialisthelsetjenesten, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Brukeren har rett til å medvirke, og tjenestene har plikt til å involvere brukeren. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og ikke noe helse- og omsorgstjenestene kan velge bort (Pasient- og brukerrettighetsloven).

På tross av den sterke vektlegging av brukermedvirkning i offentlige dokumenter, viser både nasjonal og internasjonal forskning at reell medvirkning er vanskelig å få til i praksis.

2.2 Kunnskap

Kunnskapen er av vitenskapelig karakter og ferdigheter utvikles gjennom trening i praktiske situasjoner i det kliniske feltet. Kjennetegn ved profesjonsutøvere er at de har en utdannelse

som i større eller mindre grad innbefatter både teori og praksis. Profesjonene forvalter vitenskapelig kunnskap som skal komme befolkningen til gode (Grimen 2008). Det er velkjent at det er tilsatt et antall omsorgsutøvere uten helsefaglig utdannelse på syke-hjemmene, og ifølge Grimens beskrivelse over, er ikke denne gruppen å anse som profesjonelle yrkesutøvere. Det betyr imidlertid ikke at omsorgsutøvernes kompetanse er uten betydning. I følge Lindseth (2015) preges kunnskapen av hvordan vi oppfatter, handler og forholder oss til det vi møter i livet, og svarevnen kan defineres som en ressurs vi stiller opp med i ulike situasjoner i møter med andre mennesker.

Videre skriver Lindseth (2015) at svarevne ikke kan utvikles på en god måte uten omtanke, og at vi må ville det selv. Dette handler om å utvikle dømmekraft, kritisk tenkning og det som kan kalles ”seende fornuft” i menneskelige møter gjennom livet (Lindseth, 2015:58-59). Lai (2013) presiserer det å være kompetent som å ha de kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som passer til oppgaver, krav og mål; hvor kunnskap handler om å vite, ferdigheter å gjøre, evner er forutsetninger eller egenskaper, og holdninger indikerer egnethet, motivasjon og vilje. Videre mener hun at holdninger og taus kunnskap er underfokusert i kompetansearbeidet. Kompetanseutvikling mener hun i stor grad handler om å få frem taus kunnskap og å ta i bruk kompetansen i teamet.

Helsevesenet innrammes av lover og forskrifter, og kvalitetssikring innebærer å utvikle prosedyrer, regler og rutiner som planlegger handlingsforløp slik at uønskede hendelser ikke oppstår. Det er logisk å ønske å redusere risiko på denne måten, men Lindseth (2015) peker på at det som mangler, er regler for hvordan reglene skal følges opp på en fornuftig måte. Her er det behov for dømmekraft, noe som innebærer både erfaring, klokskap, innsikt og ferdigheter (Lindseth, 2015: 46). Læringen skjer i praksis, gjennom å lykkes og mislykkes i samhandling med andre mennesker og gjennom refleksjon rundt situasjonene. I praksis legges ofte føringer for hvordan vi skal handle eller tenke. Det kan føre til at det ikke legges til rette for å lære av erfaringene, noe som kan resultere i at vi undertrykker det som kan fortelle oss at noe er galt (Lindseth 2015 :47-49). Utøverens individuelle vurderingsevne og klokskap vil derfor ha betydning når det utøves skjønn.

2.3 Dømmekraft

Dømmekraften opparbeides gjennom livserfaringer, erfaringer man gjør seg gjennom livet og erfaringer man gjør gjennom utdanning og yrkeserfaring (Christoffersen, 2012). Erfaringene, og hvordan disse blir forvaltet, henger sammen med hvem vi er som personer, vår personlige karakter, laster og dyder, holdninger og verdier. Videre har mennesket et sett av sosiale regler for skikk og bruk som er påvirket av kultur og miljø fra barndommen av. Dette formidles i samhandling med andre mennesker som i praksis gjenspeiler hva som er riktige handlinger. Som en tredje dimensjon kommer tro og livssyn i tillegg til kunnskap. Slik kan vi si at den etiske fordringen eller ambisjonen kan ses i lys av dømmekraften som er påvirket av faglig og etisk kunnskap, konvensjoner og dyder, yrkeserfaring og livserfaring, personlighet, forbilder, menneskesyn og verdier. I dømmekraften ligger det også en forventning om å forstå hvilke konsekvenser ens egne handlinger kan få for andre. Dette kan forstås som godt (faglig) skjønn, klokskap og empati i form av evne til å sette seg inn i den andres situasjon (Johannessen & Olsen, 2008). Dette er også i tråd med det Kari Martinsen (1991) omtaler som kunsten for den andre, det vil si pleier og saksbehandler og andre hjelpere som i stedet for å registrere, må sanse. Først da er det mulig å se den andres behov fra flere sider. Våre holdninger avspeiles i våre handlinger.

2.4 Velferdsteknologi

Med velferdsteknologi menes teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse og mobilitet. Den kan styrke den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. (NOU-2011). Bruk av «global positioning system» (GPS-sporing) i demensomsorgen er enda i oppstartingsfasen i Norge. Norske helsemyndigheter ga nylig tillatelse til elektronisk sporing av personer uten samtykkekompetanse, hvor personer med demens utgjør en betydelig gruppe.

En GPS er en enhet som hjelper å lokalisere en person med demens, forutsatt at vedkommende har den med seg utendørs. Enheten er koplet til et satellittnavigeringssystem som gjør det mulig for personer med godkjent tilgang til et digitalt kart å finne hvor personen

med enheten befinner seg. En GPS-sporingsenhet er bare ett eksempel på ny teknologi rettet mot hjelpetrengende eldre og personer med demens i Norge. Andre eksempler innen velferdsteknologi er automatiske døralarmer, falldetektorer og andre former for automatisk varsling som sender en alarm i tilfelle av en nødssituasjon. Disse teknologiene er ofte referert til som velferdsteknologi og er introdusert som en del av en større statlig finansiert plan for å håndtere konsekvensene av «eldrebølgen». Hilde Thygesen er forsker og førsteamanuensis ved Diakonhjemmet høyskole. Hun er enig i at det ligger store muligheter i kombinasjonen velferdsteknologi og demens, men hun liker ikke det ensidige fokuset på teknologien. I følge Thygesen må velferdsteknologien være forankret i et større apparat rundt den det gjelder og er ingen lettvint løsning. I følge Selbæk vil en slik velferdsteknologi aldri være bedre enn sikkerhetsnettet som bygges rundt. En fallsensor er ingen trygghet om den ikke er koblet til en alarmsentral som står klar til å rykke ut (nrk.no).

2.5 Tidligere forskning

I arbeidet med personer med demens skriver Heggestad (2016) om verdighet og autonomi. I følge henne er frihet og autonomi avgjørende for opplevelse av verdighet og det er helsepersonellets oppgave å redusere den enkeltes opplevelse av umyndiggjøring og frihetsberøvelse. Verdighet er også et tema i Heggestads doktoravhandling “To be taken seriously as a human being” A qualitative study on dignity in dementia care (2014).

Hvordan kan helsepersonell ivareta eller unngå å krenke beboeres verdighet? Studien bygger på deltagende observasjon i to sykehjemsavdelinger, samt kvalitative intervjuer med beboere med demens og deres pårørende. Studien viser at beboere med demens i sykehjem opplever at de ikke blir tatt på alvor, og de føler seg umyndiggjort i hverdagen.

Zeller, Dassen, Kok, Needham og Halfens (2011) undersøkte i deres studie om hvilke strategier pleiere hadde for å møte utfordrende adferd hos personer med demens. Datamaterialet er basert på fokusgruppeintervjuer og her fremkommer det interessante funn. Selv om pleierne uttrykte at de hadde kunnskap om faktorer som kunne føre til utfordrende atferd, var det ingen som nevnte udekkede fysiologiske behov som smerte, tørste eller eliminasjon som mulig årsak.

Dette kan tyde på at kunnskapen pleierne har ikke nødvendigvis samsvarer med det behovet pasienten gir uttrykk for. Padgett (2011) skriver om brukermedvirkning og demensomsorg i sin masteroppgave fra 2011. Hensikten med studien var å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell hadde med demente og deres pårørende, om det hadde innvirkning på utformingen og kvaliteten i demensomsorgen, samt om de medvirket i omsorgstilbudet de mottar. Padgett (2011) utførte åtte individuelle intervjuer av et tverrfaglig personell i demensomsorgen. Funn i studien viste at personer med demens og deres pårørende hadde liten innvirkning på utforming og kvalitet i demensomsorgen, og liten mulighet for medvirkning i omsorgstilbudet de mottok.

I følge Padgett (2011) hadde idealet om brukermedvirkning likevel en sentral plass i møte mellom helsepersonell, pasient og pårørende i omsorgstilbud tilrettelagt for personer med demens. På den andre siden har Gill, White og Cameron (2011) gjort en studie på samhandling i demensomsorgen i Australia. Denne studien hadde som mål å forstå hvordan personer med demens oppfattet samhandling i tjenestene de mottok. 22 personer med demens ble intervjuet, og sju tema viste seg som sentrale i analysen av intervjuene: tilstedeværelse, kommunikasjon, avhengighet, forventninger, erfaring, posisjonering og relasjoner. Disse temaene kan være til hjelp for helsepersonell som i praksis skal samhandle med personer med demens.

Helgesens (2013) avhandling om pasientmedvirkning i dagliglivet peker på at det er økende interesse for forskning på brukermedvirkning i demensomsorg. Helgesen har samlet inn kvalitative data på skjermede avdelinger for personer med demens ved hjelp av åpne ikke-deltakende observasjoner, samtaler med personell, beboere og pårørende. Prosjektet hadde også en kvantitativ del som omhandlet spørreskjema fra skjermede avdelinger i 19 kommuner. Funnene i studien pekte på at pasientmedvirkning i skjermede avdelinger krever fysisk, mental og moralsk tilstedeværelse fra personalet. Personalet må ha høy kompetanse på demensomsorg, vise engasjement og interesse for den enkelte beboer og tilstrebe kontinuitet i arbeidet.

Videre beskriver han at graden av brukermedvirkning må tilpasses den enkelte pasient, og det å skape en basis for individuell omsorg viste seg viktig i studien. Helgesen (2013) påpeker at det er behov for mer forskning knyttet til medbestemmelse i hverdagslivet for personer som er rammet av demens. Dersom personer med demens får mulighet til å delta i hverdagslige

bestemmelser, vil dette kunne ha innflytelse på den enkeltes livskvalitet og gi opplevelser av verdighet og integritet (Helgesen, 2013). Dette støtter også forskningen til Smebye og kolleger (2012) i en kvalitativ studie om brukermedvirkning og demensomsorg i tre kommuner i Norge. 30 deltakere var med i denne studien: helsepersonell, pårørende og 10 personer over 67 år med demens. Målet med studien var å forstå hvordan personer med demens deltok i bestemmelser som omhandlet helse og daglig omsorg, og hvordan pårørende og helsepersonell påvirket bestemmelsene. Grunnlaget for studien var intervjuer, feltarbeid og observasjoner, samt gjennomgang av pasientjournaler, tester og rapporter. Ingen av de ti deltakerne som var diagnostisert med demens hadde fått registrert sin livshistorie. Dette medførte begrenset kunnskap om den enkelte pasienten, manglende forståelse av pasientens verdigrunnlag og hvilke betydninger de ulike relasjoner hadde for den enkelte (Smebye m.fl. 2012). Videre viste funnene at det var betydelig variasjon i hvordan personene med demens involverte seg i bestemmelser. Personene med demens var mer autonome i avgjørelser som omhandlet daglige aktiviteter enn i medisinsk behandling.

En annen studie, av Norheim og Vinsnes (2008), hentet data fra pasientjournaler i åtte måneder, og det ble gjennomført to fokusgruppeintervjuer med ansatte på et sykehjem for personer under 65 år med demens. Analysearbeidet viste at de ansatte mente at pasientene beveget seg på et kontinuum fra selvbestemmelse, via medbestemmelse til redusert medbestemmelse (Norheim og Vinsnes, 2008). Derimot viser annen forskning til brukermedvirkning på individuelt nivå. Mer enn 200 kommuner er med i prosjekter som skal ta i bruk velferdsteknologiprogram. Kommuner som har deltatt i det nasjonale velfersteknologiprogrammet fra 2013-2016 har utviklet kunnskap og verktøy som gjør det mulig for alle kommuner å sette i gang de nødvendige prosessene. I studien fortelles det om en eldre mann på sykehjemmets skjermede avdeling som ikke fikk lov å gå ut fordi han vandret seg bort. Han brukte mye energi på å stå og riste i døra, og det oppsto stadig gnisninger der personalet måtte avlede pasienten. En hjelpepleier tok affære og bestemte at på hennes vakt skulle brukeren få GPS og mulighet til å bevege seg ut. Mannen brukte tiden til å gå tur, dra innom en kafe, sitte en stund og se på folk, for så å komme tilbake igjen. Om ikke dette skjedde, ble han lokalisert og hentet. Tre av brukerne på avdelingen fikk etter hvert GPS. Det ble roligere og mer tid til at personalet kunne ta seg av de som var igjen (Øderud, 2015). Velferdsteknologi kan gi bedre tjenester for hjemmeboende eldre og sykehjemsbeboere med demens.

I følge helsedirektoratet kan velferdsteknologiske løsninger bidra til økt trygghet og bedre tjenester for brukere og pårørende. I Sintefs rapport kommer det frem at 20-25% av brukere som har en effekt av å bruke GPS – også får en direkte effekt av å kunne bo lengre hjemme. Om de fungerer for dårlig til å bo hjemme, kan de likevel være på åpen avdeling på et sykehjem. Studien dokumenterer at samarbeid mellom personer med demens, familieomsorgspersoner og profesjonelle omsorgspersoner er viktig både for en vellykket gjennomføring av GPS og for å lokalisere personer med demens på en forsvarlig måte (Øderud 2015). I følge rapporten, konkluderes det med at lokaliseringsteknologi kan gi økt livskvalitet for dem som har deltatt i studien. Så godt som alle rapporterer at det har vært en trygghet og at det gir økt frihet rettet mot brukermedvirkning.

Mye av denne teknologien er allerede tilgjengelig og utviklet, men de teknologiske løsningene er til dels fragmenterte, lite brukervennlig og effekten er lite dokumentert (Moe & Engelstad, 2011). Implementeringen av teknologien vanskeliggjøres også av opplæring av helsepersonell, og det er behov for å utvikle pedagogiske tilnærminger som skaper motivasjon og interesse hos ansatte og studenter.

Internasjonale studier:
Ward, Campell og Keady (2016) har gjort en etnografisk studie på hverdagserfaringer til kvinner med demens som omsorgsmottakere i England. Forfatterne ser spesielt på hverdagsliv og medborgerskap i konteksten til demensomsorg. Det har pågått en debatt i England knyttet til medborgerskap for personer med demens. ”The Hair and Care project” fokuserte på hårstell i relasjon til å ta vare på seg selv, hvordan dette håndteres og hva det betyr for personer med demens. Studien var meget omfattende og brukte metoder som observasjon, fokusgruppeintervju, dybdeintervjuer og film. Med fokus på hverdagslivet forstås frisørsalongen som et sted hvor kvinnenes motstand mot pasifisering kan komme til uttrykk. I frisørsalongen utføres kreative og kollektive handlinger av studiedeltakerne, og frisørene støtter deres motstand mot dominerende forestillinger om personer med demens.

I sin forskning innenfor demens, hvor brukermedvirkning står sentralt, har Ruth Bartlett (2015) fokusert på hvordan man kan få til en god praksis når brukere med demens skal medvirke i forskning. Det er mange måter å få til brukermedvirkning i forskningsprosjekter, for eksempel som medforsker, via organisasjoner, i referansegrupper eller brukerpanel. Å

involvere brukere i forsknings- og/eller utviklingsprosjekt er viktig. En annen ting, som også er viktig ifølge Bartlett (2015), er å sikre at opplevelsen av å delta blir så god som mulig for de involverte. Dette betyr at man må være oppmerksom på hele prosessen som deltakelsen innebærer. Aktiv deltakelse i prosjekter som bærer preg av samarbeid kan oppleves som givende for alle involverte. Ut fra utvalget av internasjonal forskning som er tatt med, er det et særlig fokus på tilstedeværelse og kommunikasjon fra brukernes side. Et medborgerperspektiv angir flere muligheter for personer diagnostisert med demens til å leve livene sine.

2.6 Bevissthet om maktforholdet

Maktbalansen mellom pasient, bruker og system har endret seg i Norge de siste ti år. Medvirkning og involvering av brukere på individ- og systemnivå er blitt en viktig helsepolitisk målsetting. Denne utviklingen innebærer en nødvendig styrking av brukerperspektivet, lederutvikling til nye begreper og ansvar, krav til egenomsorg og forventninger til pårørende. Makten blir ikke borte ved en demokratisering av tjenestene, den endrer form og utrykker seg på nye måter som det er viktig å reflektere over (Frich, 2015).

2.7 Kvalitetskrav

Sykepleiere som er ledere har ansvar for den overordnede kvaliteten, for prioriteringene og for å påvirke de rammene og retningslinjene som skal være med på å sikre at sykepleie og omsorg kan utføres faglig forsvarlig slik loven pålegger. Ledernes systemansvar gir dem forpliktelse til - ut fra pasienters og borgernes behov for sykepleie – å sikre forsvarlig og effektiv sykepleie i hele pasientforløpet. Den systemansvarlige skal klarlegge hvilke personalgrupper som ut fra krav og faglig kompetanse er best kvalifisert til å utføre oppgavene (nsf.no).

2.8 Ledelse

Ledelse som yrke, er ett av de eldste, ofte knyttet til å være i en ønsket posisjon, og gjerne forbundet med makt. Begrepet leder har også blitt koblet sammen med det engelske begrepet *leadership*. Ledelse handler i stor grad om å kunne veilede og styre en virksomhet med et

strategisk perspektiv som angir retning og forankring for de avgjørelsene som skal tas. God ledelse handler også om å veilede og motivere medarbeidere, forankre verdier og visjon, gjøre arbeidet meningsfylt, sørge for medvirkning, tilhørighet og eierskap til arbeidsplassen (Erichsen, Solberg og Stiklestad, 2015). Litteraturen om ledelse vektlegger lederstil og lederatferd som viktige komponenter for å forstå ledelse. Vi ser likevel at mange teorier fokuserer på ledelse som en prosess for å få medarbeiderne til å nå felles mål (Yukl, 2013). Relasjonsledelse er i den senere tid trukket frem som en typisk skandinavisk måte å lede på, da de skandinaviske lederne i større grad enn for eksempel amerikanske ledere bryr seg om medarbeidernes ve og vel. Relasjonsledelse bygger gjerne på grunnleggende holdninger i den norske organisasjonskulturen som tilstreber samhandling, dialog, likeverd, respekt og tillit (Erichsen, Solberg og Stiklestad, 2015). I en relasjon mellom leder, medarbeidere og organisasjon er dialogen sentral, og i selve dialogen er språket sentralt.

Godt lederskap er knyttet til kvaliteten og styrken i de menneskelige relasjonene. Å bygge gode relasjoner til medarbeiderne krever innsikt i menneskelige holdninger og reaksjonsformer. I tillegg til relasjonen kreves det et språk der disse menneskelige sidene blir tematisert og eksemplifisert, ifølge Brunstad (2009). Det er gjennom språk og fortellinger at vi oppfatter og forstår menneskene rundt oss. Det vi ikke har begreper for, har vi vanskelig for å forstå og enda vanskeligere for å beskrive eller snakke om. Språket gjør oss seende. Brunstad (2009) framhever videre at godt skjønn, kombinert med velutviklet språk kan gjøre en leder i stand til å antyde farer og misforhold og kunne beskrive løsninger og muligheter for sine medarbeidere.

2.8.1 Verdibevisst ledelse

Verdibasert ledelse handler om å implementere og dyrke verdier både hos enkeltansatte og grupper av ansatte. Philip Selznick er forgjengeren til det som etterhvert har blitt omtalt som verdibasert ledelse. Selznick hevdet allerede i 1957 at lederens viktigste oppgave overfor organisasjonen er ”to infuse with values”. Lederens hovedoppgave, mente han, er å institusjonalisere verdier og profilere organisasjonen slik at medlemmene identifiserer seg med den og er lojale mot dens oppgaver og mål.
I helsesektoren er arbeidsoppgavene og utfordringene ofte sammensatte og komplekse, uten klare løsninger. Det er ofte ikke mulig å sette opp handlingsregler ut fra årsak-virkning-tankegang. Da kan verdier fungere som rettesnor og styringsredskap, mener Busch (2012).

Kirkhaug (2013) støtter dette og nevner at verdier kan institusjonalisere bestemte handlingsmønstre eller holdninger blant ansatte, utover det som regel, målstyring og formalisering kan bidra med. Han sier at organisasjoners formelle systemer gir et tomrom som må ivaretas av andre styringssystemer. Han ser på verdier og verdibasert ledelse som et helhetlig styringssystem. Han peker på behovet for å ha konkrete organisasjonsverdier som kan overprøve regler og rutiner dersom det oppstår situasjoner som man ikke har regler for, eller der regler kommer i konflikt med hverandre.

2.8.2 Relasjonsledelse

Teorien om relasjonsledelse bygger på et humanistisk menneskesyn, det vil si at den legger troen på menneskets evner til grunn. Ledelsen av medarbeiderne bør ikke være styrt og kontrollert, men gi rom for at de selv tar ansvar, bidrar med å lære av hverandre og egen kompetanseutvikling. Relasjonsledelse har to hovedpremisser: Bevisstheten om avhengighet og bevisstheten om relasjonelt mot. Medarbeidere som inkluderes, har innflytelse og kan i samspill påvirke måloppnåelse, god helse, lavt angst-, stress- og konfliktnivå, økt effektivitet, kreativitet, kompetanse og laginnsats (Spurkeland, 2013). Gode relasjoner på en arbeidsplass kjennetegnes også ved at man har bygget tillitsforhold mellom leder og ansatte. Begge parter bør tilstrebe likeverd, respekt og dialog. Dette krever at man mestrer kommunikasjon, har relasjonskompetanse, relasjonelt mot og innsikt i psykologiske prosesser (Johannesen og Olsen, 2008).

Spurkeland (2013) hevder at denne type menneskeorientert ledelse ikke kan kjøpes. Den er heller et resultat av at leder involverer seg, virkelig bryr seg og er opptatt av medarbeidernes beste. Relasjonsorientert ledelse settes i sammenheng med transformasjonsledelse (Spurkeland 2013). Relasjonsledelse har til hensikt å påvirke hele medarbeideren. Den handler om hvordan du som leder kan bruke din relasjon til å samarbeide med medarbeiderne. Hovedmålet er å skape et godt og produktivt miljø. En av de viktigste faktorene er at lederen må bli kjent med medarbeideren. Dette gjøres gjennom dialog. Lederen må skape en relasjon til medarbeideren, og den viktigste faktoren er tillit (Spurkeland 2013).

I Kari Martinsens (1991) omsorgsfilosofi vektlegges mellommenneskelige relasjoner som bygger på fellesskap, solidaritet og gjensidighet uten forventing om gjenytelser. Fellesskapet er en tilhørighet som anses å være helsebringende. Gode relasjoner i arbeidslivet kan gi næring til utfoldelse i form av kreativ tenkning, for eksempel i en kollegagruppe som har

utviklet en trygg atmosfære, ettersom vi er mest kreative i en gruppe der vi føler trygghet. Gode relasjoner kan dermed gi et bedre grunnlag for å skape noe nytt. Videre kan idedugnaden skape samhold og sterke bånd. På den måten kan kreativitet betraktes som en relasjonell ferdighet.

I følge Aadland (2017) er gode relasjoner fra spedbarnsalder viktig for optimal utvikling, og i en arbeidssetting for kreativitet, nytenkning og innovasjon (Aadland & Askeland, 2017). Spurkeland (2013) hevder at ledelse er å gjøre andre gode. Dette betyr at du simpelthen er nødt til å bry deg om mennesker. Relasjonsledelse har sterke bånd til psykologi, pedagogikk og sosiologi. Det å bli sett og satt pris på i løpet av arbeidsdagen er viktige behov.

2.9 Oppsummering

Jeg har gått gjennom teori som er relevant for å svare på min problemstilling: Hvordan kan avdelingssykepleier legge til rette for brukermedvirkning i demensomsorg?
Kunnskap, skjønn, velferdsteknologi, kunnskapsutvikling og verdier kan bidra til å ivareta brukermedvirkning. Den teoretiske rammen vil anvendes i studien. I en kommunal kontekst er det et premiss at brukerne må stå i sentrum for oppmerksomheten. Videre gjør vi hver dag mange enkeltvalg for å gi tjenester av god kvalitet, hvilket innebærer at ledelse, kultur, verdier, kunnskap og holdninger hos den enkelte medarbeider og leder er avgjørende. Ledelse spiller en viktig rolle, og hvordan ledere velger å lede er avgjørende for at det skal gi resultat. Ledere som bygger forholdet på tillit og verdigrunnlag ser ut til å lykkes best med å fremme brukermedvirkning.

Handlingsrom er viktig for handlingsperspektivet og dermed en viktig faktor for å motvirke avmakt, objektivisering og fremmedgjøring hos pasienten. Handlingsperspektivet er en viktig sammenheng mellom brukerens perspektiv og brukermedvirkningen, men også i det faglige brukerperspektivet der et slikt handlingsrom kan gi rom for faglig skjønn. Vi kan, gjennom våre holdninger uten å vite det, ofte krenke menneskets selvrespekt, fordi holdningene farger følelser og atferd helsepersonell bærer med seg i møtet med demensrammede, både positive, negative eller likegyldige.

3.0 Metode

Dette kapittelet beskriver framgangsmåter og metoder valgt for å undersøke problemstillingen. Jeg vil gjøre rede for valg av metode for å samle inn data, valg av deltakere og forskningsetikk. I følge Johannessen, Tufte og Christoffersen (2011) handler begrepet metode om å følge veien mot målet.

3.1 Valg av metode

I denne masteroppgaven velger jeg å bruke kvalitativ metode fordi jeg ikke er opptatt av målbare data, men heller vil fokusere på en dypere forståelse av fenomenet brukermedvirkning. Den kvalitative metoden kjennetegnes ved at det er nær kontakt mellom forsker og de som skal undersøkes, og at resultatene analyseres og tolkes av forskeren (Thagaard, 2013).

Styrken ved kvalitativ metode er at man går i dybden på et bestemt tema og får en større forståelse også for de mindre detaljene. Samtidig møter man informanten ansikt til ansikt og det er en fleksibel setting der forsker kan stille utdypende spørsmål som dukker opp, for eksempel ved å be informanten utdype og lignende. Det kan være med på å sikre høyere validitet ved nettopp å følge opp slike ting. Det gjelder også for observasjonsstudier, da man gjennom observasjon av informantene kan gjøre det enklere å tolke datamaterialet (Jacobsen 2011).

Ulempen med kvalitative metoder kan være at man ikke kan generalisere ut fra funnene, da det oftest er et lite utvalg informanter man forsker på (Jacobsen 2011). Videre kan man kjenne lojalitet overfor informanten, slik man holder igjen konstruktiv kritikk mot det som er kommet frem. Man vil kanskje stille informanten i best mulig lys og dermed kommer ikke alle nyanser av funnene frem.

Jeg er interessert i å vite hvordan ledere legger til rette for de ansatte, og hvordan de ansatte benytter nye løsninger innenfor ivaretakelse av brukermedvirkning. Med bakgrunn i at jeg ønsker dypere forståelse av lederes og ansattes egne erfaringer, benytter jeg kvalitativ metode. De mest vanlige fremgangsmåtene er intervju, observasjon og studier av hva andre forskere

har gitt ut. Nærhet til forskningsenheter er det fundamentale i en kvalitativ tilnærming. Med dette menes at når vi intervjuer mennesker, gjør vi det for å få innblikk i menneskelige opplevelser sett fra deres ståsted (Kvale & Brinkmann, 2012). I mitt prosjekt er jeg interessert i å få innblikk både i ledernes og de ansattes perspektiv fra hvert sitt ståsted.

Når forskning er kvalitativ, betyr det vanligvis at man interesserer seg for hvordan noe gjøres, oppleves, sies, fremstår eller utvikles. Begrunnelsen for dette er at jeg har en problemstillingsform som krever nyanser og som går direkte på fenomenet og måten man oppfatter brukermedvirkning. Resultatet av analysen henger derfor sammen med hvor åpen forskeren klarer å være ved fortolkning av materiale (Thagaard 2013). Som metodisk tilnærming i min masteroppgave har jeg valgt å bruke kvalitative intervjuer i form av semistrukturert dybdeintervju. Jeg kunne ha valgt observasjon i tillegg til intervju, men med tanke på hensynet til personvern og tidsrammen for prosjektet, valgte jeg bort observasjon som metode.

3.2 Intervju

Innen kvalitativ undersøkelse velger jeg å benytte intervju som undersøkelsesform. Individuelt intervju og gruppeintervju/fokusgruppe ble vurdert opp mot hverandre, og jeg konkluderte med at en individuell tilnærming vil være best egnet for å belyse den valgte problemstillingen. Dette fordi jeg ville fokusere på personlige erfaringer av ledere og ansatte. Innen denne tilnærmingen er utgangspunktet for forskeren å forsøke og forstå meningen med erfaringene som studeres, og invitere informantene til å beskrive sine erfaringer (Johannessen m.fl. 2011). Jeg har valgt å gjøre semistrukturert intervjuer som verken åpen eller lukket spørreskjemasamtale, men som utføres etter en bestemt intervjuguide med bestemte temaer og spørsmål. Om spørsmålene tas i en bestemt rekkefølge, eller om intervjueren vurderer samtalens forløp underveis, varierer i hvert intervju. Intervjuerens skjønn kan avgjøre hvordan nye retninger som kan komme fram underveis i samtalen (Kvale og Brinkmann 2012).

Ved å etterspørre betydningsfulle erfaringer kan jeg åpne opp for en vid forståelse og tolkning, samtidig kan jeg velge hvilke temaer, hovedspørsmål og oppfølgingsspørsmål som presenteres for informantene. Det er viktig å finne spørsmål som inviterer informanten til å reflektere over temaene (Thagaard, 2013).

3.2.1 Utvalg og rekruttering

Valg av de utvalgte informantene er strategisk. Jeg ser for meg at ledere og medarbeidere vil ha noe forskjellige innfallsvinkler til utfordringer i forhold til brukermedvirkning i praksis. Jeg har også en ide om hvordan brukermedvirkning praktiseres oppleves forskjellig fra ansattes og leders ståsted. Ut fra egen erfaring er brukermedvirkning ikke et lett tema å forholde seg til, noe som kan skape mange følelser på godt og vondt. Jeg har derfor valgt å ikke intervjue i organisasjonen jeg selv jobber i. Jeg hadde ingen kjennskap til informantene før jeg gikk inn i intervjusituasjonen.

Brukermedvirkning er lovpålagt og tjenestetilbudet skal utformes i samarbeid med brukeren. Jeg ønsker å vite hva som gjøres av ansatte og hva som gjøres av ledere for å fremme brukermedvirkning. Jeg ønsket også å undersøke hvilke utfordringer ansatte har i det daglige arbeidet med pasienter med demens. Hvordan bidrar ledere for å ivareta brukermedvirkning og legge til rette for å fremme brukermedvirkning? Dette for å få et mer nyansert bilde, hvor ansatte får komme med sine synspunkter og erfaringer på feltet. Det er disse som er i direkte kontakt med pasientgruppen, derfor velger jeg å inkludere både ansatte og ledere fra hvert sitt ståsted. Informantene ble valgt ut strategisk siden jeg ønsket kun å intervjue faglært helsepersonell og velge bort ufaglært personell. Jeg valgte at informantene skal være fra Oslo kommune, selv om det var mulighet for meg å intervjue utenfor Oslo. Målet var at ledere og informantene skulle komme fra samme sted, men i praksis var det svært vanskelig å få til. Dermed valgte jeg å se bort fra det. Det viktigste for meg som forsker var at det var like mange ledere som antall medarbeidere.

3.2.2 Utarbeidelse av intervjuguide og gjennomføring

I forkant av utarbeidelsen av selve intervjuguiden brukte jeg mye tid på å sette meg inn i relevant teori som gikk på emnet. De som valgte å delta, ble kontaktet av meg for å avtale tid og sted for intervjuet. Intervjuene ble gjennomført over to måneder. Informantene kunne selv bestemme hvor intervjuene skulle finne sted. De fleste valgte å bli intervjuet på et kontor. Alle intervjuene startet med å gjennomgå en oppsummering skjema for samtykkeerklæring og frivillig deltagelse. Jeg gikk igjennom intervjuguidens temaer i korte trekk og informerte om intervjuets tidsramme på cirka 45 minutter for å skape forutsigbarhet for informantene. Jeg sa noen ord om hvorfor jeg har valgt forskningsprosjektets tema, og viktigheten av å få fram

deres stemmer da de sitter med erfaring fra egen organisasjon. I noen av intervjuene fortalte informantene selv utfyllende og kom naturlig innom temaene underveis, mens i andre intervjuer måtte jeg i større grad benytte oppfølgingsspørsmål og sørge for at alle temaene ble gjennomgått og forstått. Temaene fungerte som pekepinn for å få fram den informasjonen jeg var ute etter, og rammen for intervjuet ga rom for det spontane og umiddelbare spørsmål. For å sikre en induktiv tilnærming i forhold til mitt arbeid ville jeg stille åpne spørsmål til informantene slik at det er de som styrte hva de synes er viktig å få fram i forhold til de temaene jeg tar opp.

3.2.3 Transkripsjon

I etterkant av intervjuene transkriberte jeg selv intervjuene. Dette var en lang prosess som tok mer tid enn jeg antok. Jeg hadde ingen tidligere erfaring med dette og i starten tok det meget lang tid før jeg klarte å komme inn i en god rutine ved å høre på lydopptaket og skrive det ned. Intervjuene gikk over flere uker, og dermed gikk det flere dager mellom de ulike intervjuene, så jeg kunne skrive av etter hvert som jeg gjennomførte. Jeg tok opptak av intervjuene som deretter ble transkribert mens inntrykkene fremdeles var ferskt i minnet.

3.3 Metode for analyse

Veldokumentert analyse er et krav i forskningen. Malterud (2013) beskriver systematisk tekstkondensering som en induktiv analysemetode som egner seg godt til utvikling av beskrivelser. Analyse innebærer ifølge Malterud (2013: 95) både abstraksjon og generalisering. I forskningsprosessen har det vært viktig for meg å opprettholde en nærhet og oppriktighet til materialet, samtidig som jeg har erfart at det også er mye jeg må velge bort gjennom filtrering og reduksjon. Meningsfortetting er en empirisk, fenomenologisk analyse som ifølge Malterud (2013) har fire trinn:

3.3.1.Helhetsinntrykk

Jeg startet med å lytte til intervjuene, for å få oversikt over innholdet. Målet var å legge min forforståelse og teoretiske referanseramme til side og fokusere på helhetsbildet. Det var viktig å være åpen for det informantene formidlet. Etter å ha lest og lyttet til teksten gjentatte ganger ble inntrykkene oppsummert, og jeg startet å lete etter foreløpige temaer og hovedkategorier.

Jeg gjennomgikk så hele materialet for å danne meg et helhetlig bilde av alle intervjuene. Ord og setninger som var betydningsfulle ble videre notert. Deretter endte jeg opp med foreløpige temaer for analysen.

3.3.2 Meningsbærende enheter

I andre fase var målet å skille ut relevant tekst som kan belyse problemstillingen. Ifølge Malterud (2013) skal deler av materialet som skal studeres nærmere, organiseres. Tekst velges linje for linje, det betyr meningsbærende enheter som bærer kunnskap om temaene. Meningsbærende enheter sorteres under hvert tema. Deretter sorteres de meningsbærende enheter i koder. Underveis i koding oppdaget jeg tekst til nye koder. Jeg valgte å velge bort noen temaer som ikke virket relevant. Alt materialet ble gjennomgått, i forsøk på å identifisere meningsbærende enheter. Jeg valgte ut deler av teksten med innhold som passet inn under de ulike kategoriene, identifisert under trinnene. Prosessen illustreres i et vedlegg (Figur 1).

De ulike delene av teksten var setninger og sitater, og representerte foreløpige ideer om ulike sider av problemstillingen. Spørsmålene ble delt inn i hovedkategorier etter forløpet: 1) hvilke erfaringer har ledere, 2) ansattes opplevelse, 3) utfordringer, kultur, forståelse, kunnskap, 4) nye løsninger: ressurs eller belastning. Jeg gjennomgikk så hvert enkelt intervju og forsøkte å skille ut det som var relevant for problemstillingen. Jeg søkte å finne essensen i materialet, og fant gode sitater som ga et bilde på hva dette kunne være. Jeg gjorde meg noen notater i margen og markerte utsagn som kunne gi meg informasjon om de hovedtemaene jeg foreløpig hadde laget. Intervjuene fra hver informant ble fortettet og organisert etter et forløp basert på informantenes fortellinger om hvordan de opplevde å være involvert.

3.3.3 Kondensering

I trinn tre, som Malterud (2013) beskriver som kondensering, handler det om å kondensere, noe som betyr å fortette og beskrive essensen av innholdet i deltakernes perspektiv. Jeg søkte etter nyanser i datamaterialet, og forsøkte å fortette innholdet og danne subgrupper. Flere ganger opplevde jeg at temaene overlappet hverandre, og det var utfordrende å se hvilke av temaene i datamaterialet som var naturlig å plassere under kodegrupper eller subgrupper. Tekstene ble under kondenseringen tolket ut fra faglig perspektiv og ståsted. Her lot jeg også

intervjuguide være en veiviser i forhold til hvilke temaer som var viktig for å besvare problemstillingen min. Jeg satte intervjuene inn i tabeller med sitater. Se vedlegg 4.

3.3.4 Sammenfatning

Fjerde trinn er ifølge Malterud (2013) en sammenfatning, hvor forskeren gjenforteller det som er funnet. Målet er at sammenfatningen er lojal mot det informantene har formidlet, og at studien gir leserne innsikt og tillit. Data fra kodegruppene og subgruppene ble sammenfattet. Hver av kodegruppene ble overskrifter i analysedelen, og subgruppene fikk egne avsnitt. Dette har dannet grunnlaget for å vise til hva mine innsamlede data forteller om problemstillingen.

Funnene presenteres under følgende kategorier: lederes utfordringer ved tilrettelegging av brukermedvirkning, ansattes utfordringer for å fremme brukermedvirkning, hva gjøres av ledere og hva gjøres av ansatte. Alt stoffet jeg hadde fra intervjuene ble silt til jeg satt igjen med en liten del av materialet for på den måten å finne fram til kjernen. I denne prosessen er det viktig å gå tilbake å finne ut nøyaktig hva jeg har spurt om for at analyseprosessen skal bli så nøyaktig som mulig.

Figur 1.

Leders utfordringer Ansvarsfordeling	Medarbeiders utfordringer Legge ansvar på lederen,	Hva gjøres av ledere og ansatte
Kunnskap: Alle informanter var enige om at kunnskap ligger i bunnen for å kunne kreve innflytelse,	Tid og prioriteringer Kunnskap/Forståelse Språk/ Bygge relasjoner under stell/ turer Prioriteringer	Bygge relasjoner Reell brukermedvirkning
Resurs og forhandlinger med refleksjonsgrupper, Sette sammen nye og gamle medarbeidere	Fleksibilitet/ rutiner Handlingsrom	Legge til rette for fagligskjønn/ dømmekraft Hjelp til selvhjelp
Holdninger: Det er deres hjem/ kulturelle aspekter/mangfold	Nærvær istedenfor medikamenter	Ikke institusjonalisering Refleksjonsgrupper

	Oppgave fokusert enn pasientfokusert.	
Snakker om verdier i det daglige arbeidet	Egn behov for trygghet fremfor pasienten behov for frihet.	Holdningsarbeid/

Figuren viser i tillegg til kategoriene en oversikt over underkategorier som bringes inn i underkapitlene. Disse kategoriene har dannet grunnlaget for det videre arbeidet. Det er viktig at informantenes opprinnelige utsagn og meninger kommer fram. Jeg løftet da ut deler av materialet som sitater og temaer i hvert intervju og så nærmere på det sammen med tilsvarende i de andre intervjuene. Dette kalles en dekontekstualisering (Malterud 2013:93).

3.4 Empirien sett i lys av reliabilitet og validitet

Validitet i kvalitative undersøkelser dreier seg om i hvilken grad forskerens fremgangsmåte og funn på riktig måte reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten (Johannessen m.fl, 2011). Som tidligere nevnt benyttes semistrukturert intervju som metode for datainnsamlingen. I et semistrukturert intervju styrer samtalen mye av retningen og utdypningsområdene innen datainnsamlingen. Kvalitative intervjuer er en så fleksibel og åpen metode at det som kommer frem kan gi høyere validitet (Thagaard, 2013). I selve intervjuet trengte jeg ikke å følge intervjuguiden til punkt og prikk, jeg kunne be informanten utdype og avklare eventuelle spørsmål som dukket opp underveis. Samtidig, ved å stille åpne spørsmål åpnet dette opp for informantene kunne trekke frem det de syntes var viktig i forhold til temaet.

Selv om det kan være vanskelig å oppnå høyest mulig reliabilitet i denne undersøkelsen, har jeg prøvd å styrke påliteligheten ved å beskrive bakgrunn for og formål med oppgaven, beskrive og argumentere for mitt utvalg, metode for datainnsamlingen og analyse. Som nevnt tidligere synes jeg at jeg fikk fin kontakt med mine informanter. Det virket som de fleste snakket fritt og sa hva de mente. Jeg opplevde også et par situasjoner hvor informantene var redd for å svare feil. Dette var i forhold til spørsmål rundt begrepsavklaring. En annen indikasjon på troverdighet kan være at stemningen var avslappet og komfortabel, det viste seg at noen av informantene ble igjen en stund etter at intervjuene var avsluttet for å prate. Et annet aspekt blir da hvorvidt intervjupersonene sier det de tror forskeren vil høre (Thagaard,

2013). Det kan tenkes at informantene ønsket å stille avdelingen sin i et godt lys og dermed beskrev sine erfaringer og opplevelser med temaet på en svært positiv måte. For å kunne vurdere om informantene opplever seg som underordnet i forhold til forskeren, og utlegger svarene sine i forhold til hva vedkommende tror forskeren vil høre, kan forskeren merke seg hvordan personen håndterer intervjusituasjonen. Jeg mener det informantene hadde å fortelle var svært adekvat i forhold til den hverdag medarbeidere og ledere opplever. Jeg kjente meg igjen i flere av beskrivelsene. Jeg kan ikke se at jeg har oversett viktige problemstillinger fordi jeg er for familiær med miljøet, men jeg skal ikke se bort fra at det er en mulighet. I ettertid ser jeg at noen problemstillinger er oversett, dette er imidlertid ikke et resultat av at jeg kjenner feltet for godt, men at jeg underveis har tilegnet meg ny kunnskap som setter problemstillingen i annet lys. Ved det at jeg har intervjuet både ledere og ansatte mener jeg at jeg fikk frem flere nyanser enn om jeg for eksempel bare hadde ledere i utvalget mitt.

I studien fant jeg at holdningene til brukermedvirkning var delt. Det var bare en av seks informanter som meddelte at hun var skeptisk til brukermedvirkning. Men i løpet av intervjuet snudde denne holdningen og synet ble mer nyansert. Resten av informantene var positive i utgangspunktet, men også deres holdninger var vekslende. Jeg fant ingen forskjeller i holdningene til de tre lederne. I forhold til litteraturen jeg har vært gjennom gjenspeiler mine intervjuer funn som er gjort i tidligere studier. Dette er i samsvar med at validitet kan vurderes på flere måter, blant annet ved at man kan kjenne seg igjen eller ved at gjenklang vekkes hos lesere med kjennskap til fenomenet som studeres. Om andre kan kjenne seg igjen i studien min, øker det studiens gyldighet. Det er et ønske i de fleste akademiske miljøer til at funnene er overførbare ut over konteksten den enkelte studie er gjennomført (Malterud, 2013).

3.4.1 Metode refleksjon

Kvalitativ metode gir fleksibilitet og åpenhet til å endre problemstillingen underveis (Johannessen m.fl. 2011). Relasjonen mellom meg og informantene er avgjørende for kvaliteten på materialet (Thaagaard 2013). I intervjurekken ble jeg mer sikker på spørsmålene og slappet mer av og var f.eks. ikke så opptatt av hvor vi var i intervjuguiden, men mot slutten sjekket jeg om vi hadde vært innom alle spørsmålene. Det samme gjaldt transkripsjonsprosessen, som gikk lettere for hvert intervju.
I og med at jeg sendte ut intervjuguiden på forhånd kunne det være en fare for at informantene tilpasset svarene sine, noe som igjen kan gi falske resultater. Når det gjelder utvalg av informanter valgte jeg de som stilte frivillig opp, det kan tolkes som at jeg fikk frem

stemmen til de med overskudd og det kan være en svakhet ved at stemmen til ufaglærte ansatte som også arbeider pasientnært mangler.

3.4.2 Forskningsetikk

Etikk handler om prinsipper, regler og retningslinjer for vurdering av om handlinger er riktige eller gale men også om de er gode eller mindre gode. Mange av måtene vi mennesker direkte eller indirekte kan påvirke hverandre på, reiser spørsmål (Johannessen m.fl. 2011). Jeg har anonymisert informantene ved å titulere dem som *leder* og *ansatt*. Kvale & Brinkmann (2012) sier at for å beskytte intervjupersonens identitet, bruker man ofte fiktive navn. Samtidig presiserte jeg i starten av intervjuet at informasjonen som kom frem skulle anonymiseres og det var kun jeg som hadde tilgang til lydopptakene. Dermed ligger opptakene kun på båndopptakeren, som jeg oppbevarer på en sikker plass hvor kun jeg selv har adgang. Og disse vil bli slettet umiddelbart etter at oppgaven er ferdig sensurert.

Jeg tok selv en test på Norsk samfunnsvitenskapelig tjenestes nettside NSD (vedlegg 5) for å forsikre meg om at prosjektet ikke var meldepliktig. Siden jeg ikke var ute etter personopplysninger, var ikke dette nødvendig. Et viktig moment i retningslinjene er kravet om at det skal foreligge et informert og fritt samtykke fra informanten (vedlegg 4). Dessuten har informanten rett til å trekke seg underveis i prosessen. Dette var noe jeg klargjorde i e-posten som jeg sendte ut til informantene. Jeg brukte åpne spørsmål, og fokuserte mest på erfaringer de hadde med brukermedvirkning i praksis. Jeg presiserte at det ikke var gale eller rette svar, og at fokuset mitt var på erfaringer som de hadde opplevd i arbeidet. I intervjuene la jeg stor vekt på å få god relasjon til informanten og jeg viste interesse for deres felt og hva de formidlet i intervjuet.

3.4.3 Forskerrollen

Målet i en kvalitativ undersøkelse er at resultatene skal reflektere informantenes meninger og erfaringer, derfor er det viktig at forskeren sørger for å tilstrebe å være minst mulig synlig i materialet. For å unngå eller redusere en slik påvirkning er det viktig med en tydelig redegjørelse for egen innflytelse (Thaagard 2013). Forskerens faglige interesser, erfaringer og motiver påvirker alle ledd i forskningsprosessen. Jeg vil redegjøre for min forforståelse og hva jeg har gjort for å redusere denne innflytelsen. Jeg har jobbet innen fagfeltet eldreomsorg

helsearbeid i ca. 12 år. I løpet av disse årene har jeg arbeidet på sykehus/sykehjem. Valg av tema for studien har helt klart vært farget av min forforståelse. Denne forforståelsen innebar en forventning til at informantene i studien hadde en klar forståelse av begrepet brukermedvirkning innen demensomsorg.

Thagaard (2013) sier at det kan være utfordrende å analysere de sidene som deltagerne og forskeren tar for gitt. Jeg kjenner litt til kulturen jeg har forsket på, selv om det ikke var mitt arbeidssted. Dette kan muligens ha preget meg i den forstand at en del informasjon blir borte, fordi jeg har tatt den for gitt. Den felles erfaring og kunnskapsbakgrunnen som forsker og deltaker har, kan føre til at forskeren får problemer med å stille spørsmål ved forhold som synes selvfølgelig innenfor kulturen. Dette kan ha påvirket at jeg som forsker ikke stilte flere oppfølgingsspørsmål, fordi det fremsto som selvfølge for meg, samt at jeg kan ha oversett nyanser som ikke er i samsvar med egne erfaringer (Thagaard 2013). Det er min intensjon å ikke være påvirket, men jeg skal holde mine erfaringer og prøve å forstå hvordan de andre opplever sin hverdag.

Jeg opplevde at informantene var svært aktive og pågående under intervjuene. De etterspurte også oppklaringer, for eksempel om jeg kunne forklare mer om spørsmålet. Det kan være språkmessige årsaker. To av informantene mine hadde annen etnisk bakgrunn. Jeg oppdaget at språk er svært viktig for forståelse av begrepet brukermedvirkning. En av informantene hadde noen vanskeligheter med å forstå hvordan brukermedvirkning gjennomføres i enkelte situasjoner. Spesielt i Oslo er det mange i helsevesenet som har annet morsmål. Det kan være en svakhet. Innen demensomsorg er det mange eldre med minoritetsbakgrunn og i de tilfellene kan språk noen ganger være en styrke og ikke til hinder.

4.0 Funn og fortolkning

I analyse- og resultatdelen presenteres informantene og de funnene som er fremkommet på bakgrunn av det innsamlede materialet fra intervjuene. Dataene er bearbeidet og vil bli gjenstand for analyse og fortolkning i lys av forskningsspørsmålene og problemstillingen.
I dette kapittelet vil jeg presentere funn fra intervjuene med tre ledere og tre ansatte. Jeg har valgt å presentere funn fra ledere og ansatte hver for seg for å tydeliggjøre hva hver av disse gruppene nevnte og la vekt på. Funnene presenteres under følgende overskrifter: 4.1Lederes utfordringer ved tilrettelegging av brukermedvirkning, 4.2 Ansattes utfordringer for å fremme brukermedvirkning, 4.3 Felles utfordringer og 4.4 Hva gjøres av ledere og ansatte for å fremme brukermedvirkning.

4.1 Lederes utfordringer ved tilrettelegging av brukermedvirkning

En leder beskrev sine utfordringer med å legge til rette for brukermedvirkning slik: «*jeg skulle ha ønsket at jeg kunne ha vært mye mer ut i pleien, vært mye mer på mine avdelinger. Jeg kan sitte på mitt kontor og si hvordan de skal gjøre det. Jeg kunne ha deltatt mye mer i stell hver dag for å bli klokere på de utfordringene mine ansatte står overfor. Det er der jeg sliter litt*». Lederne var samstemte i at de hele tiden er i forhandlinger med systemet, en utfordring ledere opplever i hverdagen for å fremme brukermedvirkning. En av ledere beskrev det slik: «*hvis man hadde pengene, så hadde man bygd om alle sykehjemmene med all den nye teknologien. Men som leder må man jo på en måte være mer realistisk. Vi har de midlene vi har, drømme kan man jo alltid gjøre*».

At det er lite handlingsrom i demensomsorgen, ble nevnt av flere ledere. Kravene er blitt strengere med tiden. En annen informant, som også er leder, nevnte utfordringen ved å tilrettelegge for brukermedvirkning slik: *«de siste årene er ikke til å sammenligne med de forrige fem år. Ting er blitt så forandret. Hele verden er blitt forandret. Det kommer stadig nye føringer og rapporteringer. De kan ikke komme med masse ønsker, vi har våre store begrensinger»*. Informanten trakk frem erfaringer knyttet til det å ikke kunne påvirke sin situasjon og lite handlingsrom for å fremme brukermedvirkning.

En informant, som også er leder, beskriver at for mange oppgaver hindrer ham fra å være synlig for sine ansatte. Det ble beskrevet slik: «*noen ganger er jeg selv i stressa moment og akkurat i det øyeblikket, kanskje en ansatt trenger å bli strøket over håret kommer inn til meg ... men da har jeg ikke den kapasiteten, men det å koble meg ut av det jeg er i, det må vi ledere bli stadig flinkere på*». Informanten viste seg å være selvreflektert over en utfordrende situasjon.

Samarbeid med pårørende ble beskrevet som utfordrende for å fremme brukermedvirkning i fra enkelte lederes ståsted. En lederinformant beskrev det slik: «*utfordringer ligger i det at man må forklare at mor har forandret seg og det er ikke alltid de skjønner det*».
En annen informant (leder) nevnte at pårørende kan være noe krevende i form av hvordan de knytter seg til tidligere ønsker og behov som kan ha endret seg over tid: «*mor har ikke likt vin før, men ifølge ansatte på sykehjemmet har mor begynt å like vin. Noen pårørende innser ikke at deres nærmeste har forandret seg med tiden*».

Flere ledere nevnte at språk og forståelse for kunnskap er noe de ser som utfordrende for å fremme brukermedvirkning. En av informantene (leder) beskrev det slik: «*jeg opplever at norsk kan være vanskelig. De faste ansatte er vanskeligere å korrigere atferden hos enn de nye ansatte, merker jeg*».
Informantene beskrev at det å ha brukermedvirkning som fokus også er avhengig av kunnskap om demens. Det er også forskjell mellom læringsevne til nye og unge medarbeidere i forhold til ansatte som er godt voksne med lengst ansiennitet.

En lederinformant beskrev sin erfaring i forbindelse med mangel på faglært personell som utfordrende for å fremme brukermedvirkning, på denne måten:
«*etter min erfaring opplever jeg at å få nok sykepleiere i demensomsorgen for tiden er blitt innmari vanskelig. Mange av dem ønsker ikke helgejobb og noen av dem synes at det er stort ansvar å jobbe på sykehjem som nyutdannet*». Det er mange ufaglærte i helsevesenet som ikke har nok kunnskap om demens. Mange helge stillinger viste seg å være ledige på grunn av personalmangel og ledere er avhengig av ufaglærte for å ha nok hender. Å få nok kompetanse på plass for å fremme brukermedvirkning oppleves utfordrende.

To av ledere var samstemte i at sykefravær er belastende i det daglige arbeidet med å fremme brukermedvirkning. En informant, som også er leder, sa det slik*: «sykefravær og manglende kontinuitet av personalgruppen gjør at vi faste må ta mer ansvar når en kollega er borte. Det blir litt slitsomt å lære opp vikarer og man blir aldri ferdig, dette spiser opp tiden vår og svekker kvaliteten»*. Ledere nevner at høyt sykefravær fører til manglende kontinuitet i omsorgen, noe som senker kvaliteten på tjenesten siden innleide ukjente ekstravikarer ikke kjenner pasientene like godt som fast ansatte.

Gjennom intervjuene kom det frem fra lederinformantene at det er lite rom for faglig skjønn i tillegg til kunnskapen om demens, på tross av betydningen av å lykkes med å fremme brukermedvirkning i demensomsorgen.
En informant som er leder beskrev det slik:
«jeg synes at det noen ganger kan være lett å fraskrive seg ansvaret ved å si "de valgte det selv" og som fagperson så må du gjerne påvirke i den graden det bør gjøres. Du må tenke at hvis denne personen hadde vært frisk så hadde han mest sannsynlig ikke handlet på den måten. Da må du rett og slett ta ansvar for det, og prøve å lage de beste løsningene ut av det». En av informantene, som også er leder, beskrev situasjoner der mangel på faglig skjønn hos ansatte fører til at brukermedvirkning blir brukt som ansvarsfraskrivelse: «*pasienten valgte det selv, hører jeg innimellom fra personalet uten faglige begrunnelser*».

4.2 Ansattes utfordringer

Ansatte beskriver sine erfaringer for å fremme brukermedvirkning innen demensomsorgen blant annet som utfordrende med pasienter som har begrenset verbalt språk og langtkommen demens. En av informantene forteller det slik: *«beboeren responderer godt til meg. Det er veldig sjeldent jeg blir sendt ut av rommet. Jeg vet at hun er i dårlig form og har mye vondt. Vi setter oss ved sengekanten. Så sier jeg, vi forstår hverandre og det er ikke noe godt å ha det vondt og da blir hun så fornøyd men hun sier ikke noe...bare smiler»*. En pleier har erfaringer med at dersom pasienten har smerter eller annet ubehag, kan det være lurt å forsøke å finne en måte å vise for pasienten at hun ser og forstår.

To av informantene sier at det er utfordrende å finne frem til pasientens egentlige behov for å fremme brukermedvirkning for adferden som kan være forstyrrende og uforutsigbarheten i

omsorgssituasjoner. En av informantene (ansatt) nevnte det slik *«nei. Det kommer helt an på når du kommer inn. Du kan gå inn der og hun er kjempesint og så kan du komme inn 5 minutter etterpå og alt er snudd. Jeg tror det bare er hele situasjonen, at man kommer inn i et riktig øyeblikk».*

Tid og prioriteringer

Alle tre informantene snakker om mangel på tid til den enkelte pasient, hvor de har for mange oppgaver som de opplever utfordrende for å fremme brukermedvirkning, i tillegg til lite handlingsrom. En pleier uttrykker det slik: «*jeg får ikke alltid hjulpet pasienter som trenger ekstra tid og kontakt. Jeg jobber på presset tid, så når du er hos en pasient er du kanskje hos en annen i tanken».*

Flere informanter som også er ansatt snakker om at det er mye å gjøre på avdelingen. Arbeidsoppgaver er mange og de har ikke mulighet til å sitte ned sammen med en pasient over tid. De sa det slik: «*her handler erfaringene om å måtte prioritere mellom omsorgsoppgaver. De trenger en hånd å holde i, men det får de ofte ikke. Vi må springe som piska skinn forbi dem, for vi har mye annet som venter».*

En av de ansatte nevnte også at: «*mer tid går til dokumentasjon enn til beboerne som trenger den tiden. Medikamenter tas i bruk enkelte ganger når de ikke alltid har tid til å bruke tillitsskapende tiltak».*

En deltaker som også er ansatt nevnte det slik: «jeg *skulle gjerne ha gjort mye mer, men tiden strekker ikke til. Slike ting skaper frustrasjoner. Det er ikke alltid vi kan tilfredsstille alle på alle kanter».*

En ansatt informant ga et eksempel på utfordringer på natt for å fremme brukermedvirkning i forbindelse med nattfaste slik: «*på nattestid, hvor beboere skal få tilbud om sein mat senest mulig og det er utfordringer å vite hvem, og det går på hvem av de beboerne som får sein frokost som skal få tilbud om sein mat. Og hvilke av de beboerne som står opp midt på natta skal få tilbud om mat men vi ender opp med å servere mat til alle på fast tidspunkt istedenfor å være fleksible».*

Ufaglærte og kompetanse

Ufaglært personale kom frem som et hinder for å fremme brukermedvirkning. Noen trekker frem at det er en utfordring at det er så mange pleiere med utenlandsk bakgrunn og som ikke har tilstrekkelige språk ferdigheter til å forstå beboeren. En ansatt beskrev det slik at «*vi faste primærkontakter blir belastet ekstra mye når den andre kollega på vakt er pleieassistent. Dette ser vi i helg og kveld, samt feriedager*».

En annen informant beskrev deres opplevelse på denne måten:
«*jeg opplever ofte lite bruk av verktøy som meg og min historie hos beboerne, når medarbeidere fra annen etnisk bakgrunn ikke forstår helt historien og viktigheten av dokumentasjon. Der står det at beboer liker erindringsgruppe, men de vet ikke hva dette innebærer*».

Flere utrykker frustrasjon over at det ikke er flere faglærte på sykehjemmet. En informant som også er ansatt forteller det slik: «*vi har mange ufaglærte. De blir plassert i eldreomsorgen. Vi trenger bestandig folk. Det er lite status i å være her for noe annet enn penger... Folk som ikke kan språket, har null kompetanse på det vi driver med*».

4.3 Felles utfordringer

Informantene beskrev demens der de opplever holdninger også knyttet til skam hos den syke selv, og hos pårørende. Der pårørende nekter å innse at deres kjære er blitt såpass dement at hun ikke klarer å mestre å spise selv. Pårørende kjefter heller på personalet innimellom når de ser at personalet hjelper under måltider.
En leder informant sa det slik: «*holdninger hos personale, beboere og pårørende. Vi bruker mye tid til å snakke om våre holdninger. Hva ønsker vi? Hva gjør vi? Hvorfor gjør vi det?*».

En utfordring i demensomsorgen er at mange av beboerne ikke er i stand
til å si hva de ønsker og hva som eventuelt feiler dem. I følge beskrivelse fra en annen informant kan det være vanskelig å få beboerne med på det daglige stellet, som å stå opp, dusje, kle på seg, spise og legge seg. En informant fortalte det slik: «*beboeren får ett valg, så sier beboeren: kan ikke du bestemme det, da?. Eller, jeg vet ikke, det er det samme for meg*».

Denne beboeren viser tydelig ubehag ved å måtte foreta egne valg. Det kan også være en utfordring for å fremme brukermedvirkning.

Både ledere og ansatte informantene snakker om rammene, så det er tydelig at økonomi er styrende. To sitater som sier veldig mye om hvor stort fokuset på økonomi er: *«Det kommer alltid et spørsmål om hvordan vi bruker penger, vi blir alltid målt på resultat»* og *«Vi blir pålagt å holde budsjettene våre»*.

En av informantene sier noe om at sparinger faktisk går på bekostning av kvaliteten: *«det blir sendt mange på mye kurs, men det er ikke lagt inn midler til det, så de dagene det er kurs går det ut over oss som er igjen på avdelingen og det blir overbelastning av arbeidsoppgaver og dårlig kvalitet, men på lang sikt vil det bli bra med kompetanse i all fall»*.

Informantene uttrykte at utfordringene i demensomsorgen kan relateres til faktorer som mange arbeidsoppgaver, tidsmangel og personalmangel. Både ledere og ansatte nevnte utfordringer relatert til budsjett for å få til det pasientene ønsker i blant.
Informanten som er ansatt beskrev det slik: «*vår hverdag som styres av stram økonomi og store mangler utfordrer oss fordi det ikke skapes handlingsrom til å bygge relasjoner»*. Dette bekreftes av noen av informantene hvor de uttrykte frustrasjon og oppgitthet i perioder.
En annen informant sa: *«vi hører fra noen av beboerne at de vil gå på kino eller båttur, men vi har ikke ressurser til det»*.

Både ledere og ansatte informanter snakker om at pleiernes mangelfulle kvalifikasjoner som en utfordring eller egenskap som har betydning for omsorgsutøvelse og brukermedvirkning.
En av informantene som er ansatt beskriver det på denne måten: «*noen har det i seg, andre har det ikke. Jeg vet ikke hva det er, men det handler vel om manglende empati»*.

Nye løsninger

Flere av de ansatte nevnte under intervjuene at ressursene er knappe. Noen av dem velger å legge vekt på sine behov for kontroll fremfor beboeren sitt behov for å frihet.
En ansatt informant beskrev det slik: «*til syvende og sist tenker jeg at hvis først beboer skal gå ut er det greit med menneskelig kontakt på avstand slik at man er trygg på at beboeren har det bra der ute. Jeg føler meg ikke komfortabel med gps-sporing»*. Til tross for at pasienten kan føle seg overvåket, velger den ansatte å fotfølge heller enn å ta i bruk GPS.

En annen informant ga eksempel på at det er utfordrende med lite ressurser for å fremme brukermedvirkning. Han fortalte det slik «*jeg opplever lite bemanning på kveld og helg når vi har pasienter som klarer å forsvinne på ett blunk, og dette er veldig vanskelig. Jeg har sett at en av våre pasienter går ned trapper og ut døren uten at personalet legger merke til det. Det er ikke alltid vi har kapasitet til leteaksjon med en eneste gang*». I dette tilfelle kunne man tatt i bruk GPS.

4.4 Hva gjøres for å fremme brukermedvirkning

Hva gjør ledere

For å fremme brukermedvirkning settes i gang ulike tiltak som kom frem i følgende av funnene fra lederens ståsted. En informant som er leder sier: *«fredagssamlingen er herlig, da får vi satt oss ned og snakket litt sammen. Det er viktig for arbeidsgleden å snakke om faglige utfordringer*». Det kan tyde på at faglig skjønn drøftes i vaktskiftet, for eksempel, i tillegg til refleksjonsgrupper. Dette er ett av de tiltakene noen ledere gjør i praksis for å legge til rette for brukermedvirkning i praksis. To av informantene nevnte at refleksjonsgrupper brukes ukentlig for å finne og diskutere gode løsninger. En av ledere sa det slik:

«Vi har tiltaksplaner som blir laget og skrevet ut fra beboers ønsker, i samarbeid med pårørende om beboer - hvordan de har likt å ha det tidligere, aktiviteter, interesser osv.».

«Beboer i fokus har veldig stor betydning. De som jobber i avdelingen må vite hva avd./sykehjemmet ønsker for beboerne, og jobbe aktivt mot dette. Alle må jobbe i samme retning – beboer i sentrum».

En av lederne nevnte at de har ekstra fokus på beboere når det er hektisk. Hun nevnte det slik:
«mer fokus på beboerne i en hektisk hverdag. Og at ansatte blir mer bevisst på sine holdninger og roller».

Refleksjonsgrupper som læringsarena

En informant som leder beskriver det slik: *«jeg hører pårørende klager og kommer til meg med sine frustrasjoner og føler meg stadig i klem. Da er de fint med disse dilemmaer som blir diskutert i plenum refleksjonsgrupper med medarbeiderne. Sammen finner vi løsning som er gode for beboerne. Vi fokuserer på beboerne»*.

En annen informant som også er leder nevnte det slik *«jeg, for eksempel, hører jo at man kan snakke noe hardt eller negativt til noen. Det synes jeg er unødvendig. Jeg er ikke redd for å si fra, men jeg kan ha hørt småbjeffing. Dette tar vi opp i plenum på onsdagsmøter i refleksjonsgruppe»*.

Igangsetting av refleksjonsgrupper har kommet opp fra alle tre lederinformantene som nyttig læringsarena. Deltakerne er samstemte over dette og forbinder det med positive tiltak for å fremme brukermedvirkning ved at personalet diskuterer utfordringer og finner løsninger i plenum.

Setter sammen grupper av ansatte som får til og de som ikke får til.

Funnene viser at det å sette sammen ulike personal grupper brukes av flere ledere for å skape miljø for å øke kunnskap og bevisstgjøring om brukermedvirkning som verdi.
En leder valgte å bruke ansatte til å lære opp hverandre, informanten beskrev dette på denne måten: «*når jeg ser at det er en tendens at de ikke får det til, litt positiv holdninger. Jeg kobler til de som får det til sammen med de som ikke får det til, ved å bruke hverandres erfaringer»*.

To av lederne tar ekstra initiativ ved å bruke fritiden til å fremme kunnskap innenfor faget. Hun nevnte det slik: «*jeg bruker min fritid på å finne nyeste forskning innenfor personsentrert omsorg, men ønsker jo at noen andre har utbytte av det. Jeg kan ikke forvente at de gjør det i deres fritid men da må jeg sørge for at jeg setter av tid til dem»*.

En av informantene som også er leder sa at viktigheten av aktiviteter for å fremme brukermedvirkning og skape engasjement er viktig. Det ble nevnt slik av en lederinformant: «*for meg er det å drive med "aktiviteter" i avdelingen og få medarbeiderne i avdelingen med på aktivitetene. De liker å drive med det i tillegg til de oppgavene vi vanligvis gjør, som stell og pleie av dem som bor her. Det skaper engasjement og trivsel. Vi har også hatt*

sanggrupper. Det er oppmuntrende både for de som jobber her og for meg som leder, og i tillegg gjøre aktiviteter sammen med og for pasientene».

Skaper rom for læringsarena

Det kom frem betydningen av verdier der en informant (leder) sa det slik: «*vi har fagmøte en gang i uken hvor vi tar opp vanskelige case, vi sitter og tar dette opp og mange kommer med innspill. I tillegg til dette bruker vi VIPS-møte på de gruppene. Da kommer det mye innspill. Så det er en kontinuerlig jobb med brukermedvirkning. Men hovednøkkelen er at medarbeidere forstår de verdiene som ligger i det arbeidet*». Det er noe ledere jobber med at ansatte ser mening i det arbeidet de gjør for å fremme brukermedvirkning. Verdier viser seg å være viktig gjennom intervjuene.

En leder nevnte at det kartlegges hvordan beboeren har vært tidligere for å innhente mest mulig kunnskap om deres ønsker, dette kom frem slik: «*vi bruker meg og min historie. Men vi glemmer heller ikke at sykdommen endrer personen og da interessen også forandrer seg. Så vi må ha balanse mellom hvordan hun har vært før og hvordan vil hun ha det nå. Så det er en fin linje som vi lærer å balansere».*

To av lederne trekker frem at de kan ikke gjøre noe uten at bruker er enig i det, da unntaket er tvangsparagraf 4. Som en av informantene sier det at: «*da det vil være enklere når de kan videreformidle hva de ønsker og trenger. Men når de enkelte er mye mer målbevisst enn andre igjen og da er det klart lettere å få hjulpet de også».*

En leder beskrev at det legges til rette for å ha fokus på beboere og deres ønsker. Det blir gitt kurs til ansatte innen personsentrert omsorg, demensvennlige omgivelser i tillegg til at de har innført e-læring for å fremme kunnskap om brukermedvirkning. Det ble beskrevet slik: «*ansatte får kompetanseheving i form av kursing innen demensomsorg. Det tas opp temaer under medarbeiderundersøkelser hva de ulike ansatte ønsker å tilegne seg kunnskap om. Tema gjentas i faglunsj».*

En annen informant som også er leder ga et eksempel for riktig kunnskap og forståelse for å frem brukermedvirkning ved å si det slik: «*for å isolere en person kan det være å skjerme mot stimuli, dette kan føre til en katastrofereaksjon men med denne begrunnelsen er det forståelig og kanskje til og med riktig å isolere, men det krever en bevissthet fra helsepersonellets sin*

side. Vi bruker fagmøter til dette». Lederinformantene ønsket at de hadde litt mer tid til å sitte ned og prate sammen når de var på jobb. Men ledere prøver å få til tid til korte temasamlinger. En av informantene ga uttrykk for at fredagssamlingen i felleslunsjen var et viktig samlingspunkt for å snakke om fag og felles utfordringer.

Gjennom intervjuene kommer det tydelig frem at ledere jobber stadig med verdier som personsentrert omsorg, respekt og pasientens rett til å medvirke. De ber ansatte å legge sine personlige meninger og normer til side for å ha fokus på brukermedvirkning. En annen informant som også er leder nevnte det med at religion settes til side på avdelingen. Det ble nevnt på denne måten: «*noen er jo av religiøse årsaker imot bruk av alkohol og synes at det er veldig vanskelig å tilby en person alkohol. Da er jo min rolle å komme inn og fortelle at det må de legge til side. Deres religion er deres, her lever de som de vil leve. Dette må jeg stadig jobbe med*».

Verdiforankring

Lederne forteller at ønskede verdier som er nedfelt i ulike dokumenter i kommunen og de legger til rette for at verdiene forankres i praksis ved å ta opp dette i plenum med ansatte. Det var samstemthet blant ledere hvor en informant sa de slik:
«vi *jobber kontinuerlig med overføring av verdier*».
En annen informant som også er leder beskrev det slik: «*jeg pleier å si til mine ansatte... Vær oppmerksom på hvilke verdier arbeidsplassen har*». Informantene gjenkjenner og oppgir verdier som respekt, tillit, åpenhet, nærhet, respekt for levde liv, menneskeverd, omsorg, engasjement, trygghet, medvirkning og brukerorientering.

En leder understreker sine forventninger ved å si at: «*hver enkel beboer skal stå i fokus. Jeg jobber veldig aktivt med holdninger, overbevise medarbeidere at de er ikke på jobb men de er hos dem som bor her og med dette vil jeg si at det er hjem til de beboerne og omsorgen skal være personsentrert*».

En informant som er leder nevner det slik: «*jeg møter personalet med visse holdninger, snakker om det og er åpen om det. Hvis det er noe med noen enkelte så blir det tatt opp i medarbeidersamtaler*».

Hva gjøres av de ansatte

Under intervjuene kom det fram at det er mye som gjøres av pleierne i det daglige arbeidet med å fremme brukermedvirkning. Flere av de ansatte bruker dokumentasjon og tidligere livshistorie til beboeren for å bli kjent med deres fortid og mennesket bak sykdommen. En av ansatte (informant) sa det slik: «*vi bruker risikotavlene. Tavlene er helt geniale. Er det endringer eller nye oppdatering i tiltaksplanen setter vi en gul magnetknapp der. Da må de lese i de områdene og personalet må gå inn og lese tiltaksplaner som er endret. Det er noen som jobber kun hver tredje helg og da må de gå inn på dokumentasjonen for å lese hele tiltaksplanen. Det kan være mye eller lite forandringer*».

En annen informant nevnte det slik: «*pårørende som ressurs for de beboere som er kognitiv redusert for å innhente deres livshistorie*».

En informant som også er ansatt sa noe lignende på denne måten: «*å bli kjent med brukeren, deres ønske og behov og hva er viktig for beboer*».

To av ansatte nevnte at de deltar i refleksjon for å fremme brukermedvirkning når ting er litt vanskelig. En av dem sa det slik: *«Det er utagering på avdelingen men likevel tar ikke personalet det personlig og dømmer ikke beboere ut i fra deres utagering. Det er alltid en grunn bak utagering. Det kan være lite informasjon, forverring av sykdommen eller jeg som kan ha gått frem på en feil måte»*.

Flere informanter var samstemte i at fokus på kommunikasjon er svært viktig for å fremme brukermedvirkning i praksis. En informant som også er ansatt sa det slik: «*kommunikasjon er superviktig. Jeg har sett og hørt at en konkret dame må ha tvangstiltak. Det er en som ikke fikser at vedkommende blir snakket til, men stort sett så lenge man har en faglig begrunnelse for hvorfor man gjør det man gjør, så er det greit. Når beboerne får en forklaring på det så skjønner de det. Det å bruke kommunikasjon og tilstedeværelse er viktige faktorer*».

To av informantene som også er ansatte nevnte det med å være verdibevisst var avgjørende for å utføre et godt stell. En av informantene beskrev dette som følgende: *«gjør det med verdighet. Berøre forsiktig, pass på at de selv får brukt seg selv. Gjør det på en skånsom måte. Noen liker å høre på radio så vi lar dem gjøre det først før stell»*.

5.0 Drøfting

Funnene i min studie viser altså at brukermedvirkning kan være en vanskelig oppgave med utfordringer knyttet til seg. Ut fra funn kan disse utfordringene relateres til rammefaktorer, økte arbeidsoppgaver, tidspress, samt manglende kunnskap og kompetanse. Ledere beskrev en demensomsorg som styres av stram økonomi. I mine funn kommer det frem at tidsperspektivet og prioriteringer er sterkt vektlagt fra alle informantene som en utfordring for å fremme brukermedvirkning i omsorgstjenesten i det daglige arbeidet. Beboernes kognitive svikt kan også hindre dem til å være mer beslutningsdelaktige i deres hverdag.

5.1 Forhold til brukermedvirkning i det daglige

Mine funn viste at brukermedvirkning kan oppfattes som et vanskelig begrep. Samtlige av mine informanter ga utrykk for at de ikke hadde en helt klar ide om hva begrepet brukermedvirkning inneholdt. To av informantene sa at brukermedvirkning var et begrep som kom fra empowerment. Tre av informantene mente brukermedvirkning innebar at pasientene skulle få informasjon i forhold til sin behandling og tiltak og tjeneste tilbudet skulle være tilpasset individuelt. Mine funn viser at informantene ved det slik Grytten (2013) beskriver brukermedvirkning mellom pasient, pårørende og helsepersonell ut fra begreper som samsvarer med myndighetenes målsetninger knyttet til brukermedvirkning fra Helsedirektoratet (Helse og omsorgsdepartementet, 2014).

Informantene kommer inn på eksempler der repeterende atferd hos personer med demens både bidrar til uro i avdelingen og påvirker pleierne. Pleierne erfarer at slike situasjoner kan være krevende for personalet når det gjelder å få til en god brukermedvirkning. Pleiernes relasjon til pasienten er et av temaene som tas opp i intervjuet, og når jeg spør hvordan de går frem for å bli kjent med pasienten og legge grunnlag for brukermedvirkning, trekker noen få frem pårørende. De bruker pårørende for å få innblikk i hvem personen var før sykdommen, fordi pasienten selv ofte ikke husker sin egen bakgrunnshistorie. Et utsagn som kanskje kan belyse dette er *«Vi bygde et godt forhold»*. Mine funn kan støttes av Padgett (2011) som beskriver hvordan brukermedvirkning, på tross av at det var utfordrende, hadde en sentral plass i møtet mellom helsepersonell, pasient og pårørende i omsorgstilbud tilrettelagt for personer med demens. Mine funn viser at relasjonsbygging med demente kan være krevende,

men at gevinsten i å knytte bånd ser ut til å være viktig for begge parter. Informantene fortalte at pleierne der de jobbet kjente godt til livshistorien til den enkelte, og brukte den i kommunikasjonen for å berolige og ivareta kontinuiteten i hverdagen for den enkelte for å legge til rette for brukermedvirkning.

5.1.1 Rolle som omsorgspersonell

Funn i min studie viser altså at brukermedvirkning kan være en vanskelig oppgave med utfordringer knyttet til seg. Disse utfordringene i demensomsorgen kan relateres til rammefaktorer som mange arbeidsoppgaver, tidsmangel og personalmangel. Informantene beskrev en demensomsorg som styres av stram økonomi og store mangler. Dette utfordrer helsepersonell fordi det ikke skapes handlingsrom til å bruke kunnskap og skjønn for å legge til rette for brukermedvirkning. I tillegg viser funn at relasjonen er god nok, og individuell tenkning ofte er en mangelvare. Det kan være en grunn til at informantene uttrykker at brukermedvirkning er vanskelig i omsorg for personer rammet av demens.

I følge Moyle og Dwyer (2012) opplever personer med demens kaos, mister kontroll over eget liv og er totalt avhengig av hjelp forstå situasjonene og mestre hverdagen. Forskning viser at positive holdninger fra pleiere og gode relasjoner assosieres med god livskvalitet (Moyle & Dwyer 2012). Resultatene i min studie tyder på at relasjonene pleiere har med pasienter kan være både sterke og svake. Det kan se ut som at kommunikasjonsevnen er en forutsetning for gode relasjoner. Manglende språk kan gjøre relasjonen overfladisk og kanskje til og med uforpliktende når pasienten ikke husker fra en dag til en annen. I lys av dette svekkes brukermedvirkningen. I følge Larsen, Nordal og Aasheim (2006) vil helsepersonell som har god relasjon til pasienten og jobber direkte med tiltak og tjenester få til brukermedvirkning på individnivå der brukeren skal gis anledning til innflytelse på helsetilbudet som mottas.

I en situasjon sammen med personer med demens, refererer en av informantene at pasienten blir svært urolig og irritert når hun ikke greier å bestemme seg for hvit eller grønn genser. Etter hvert finner pleier ut at måten hun tilnærmer seg på gjør situasjonen vanskeligere for pasienten. Da hun innså at hun stilte for høye krav til beboer og så senket kravene, fikk hun beboeren til å delta i samarbeid slik at brukermedvirkning ble etablert.

I følge Johannessen, Molven og Roalkvam, (2007) må man bruke dømmekraft for å forstå hvilke konsekvenser ens egne handlinger kan få for andre. Dømmekraft kan forstås som godt faglig skjønn, klokskap og empati i form av å evne og sette seg inn i den andres situasjon (Johannessen mfl., 2007). Dette samsvarer med det Heggestad (2013) viser til at personer med demens er spesielt sårbare i relasjoner med andre mennesker. Funn i denne studien kan tyde på at omsorgsgivere, i gitte situasjoner, selv kan bidra til at relasjonen til pasienten de prøver å gi omsorg til, kan bli vanskelig. Omsorgsgivernes kvalifikasjoner, holdninger og kompetanse kan ha betydning for hvor god eller dårlig omsorgen blir. Dette er også i tråd med Kari Martinsen (1989), som omtaler kunsten for den andre, det vil si pleier og saksbehandler og andre hjelpere som i stedet for å registre, må være sensitiv slik at er det mulig å se den andres behov fra flere sider. Mine funn viser at høye forventninger fra pleier sin side gjør at pasienten lar være å bli delaktig. Selv om pleierne har gode intensjoner for handlingene, erfarer de at utfallet ikke alltid blir like godt.

I følge en informant var en viktig oppgave for å ivareta autonomien til beboerne å vise omsorg til beboeren. Dette fordrer en aktiv beboer, som er deltakende og utfører de oppgavene han eller hun kan mestre selv. Mange beboere vil gjerne nyte godt av at de får hjelp til alt, men konsekvensene kan føre til at beboernes ressurser blir redusert, og vil undergrave autonomiprinsippet. Løgstrup (2010) hevder følgende hemmelighet i all hjelpekunst: «*først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der*». For å oppnå dette må man gjerne lytte, observere, være tålmodig, ydmyk og være empatisk. Min egen erfaring er også at om man er for opptatt av effektivitet, og gjerne vil skynde seg for å bli ferdig og komme seg videre til neste beboer som trenger hjelp, kan det svekke relasjonen. Det kan da tenkes at yrkesutøvelsen fremstår litt kvass, og at hjelpen helsearbeiderne utøver til beboerne blir for hastig, noe som gjerne kan tolkes som tvang i motsetning til ivaretakelse av brukermedvirkning. Frihet og autonomi er avgjørende for opplevelse av verdighet, ifølge Heggestad (2013), og det er helsepersonells oppgave å redusere den enkeltes opplevelse av umyndiggjøring og frihetsberøvelse.

I mine funn forteller en ansatt at de som jobber på avdelingen er veldig forskjellige når det gjelder å bruke tid sammen med pasienten og at det kan merkes på pasientens adferd etter morgenstellet, vi kan for eksempel se uro og gråt. Min egen erfaringen som helsepersonell er at pasienten blir negativt påvirket av enkelte pleieres væremåte slik de fleste informantene

snakker om i studien, og at pleiernes mangelfulle praktiske kvalifikasjoner så vel som personlige egenskaper, som evne til empati, har betydningen for omsorgsutøvelsen. En av pleierne beskriver det på denne måten: *«noen har det i seg, andre har det ikke. Jeg vet ikke hva det er, men det handler vel om manglende empati»*. Omsorgsgivere må ha kunnskap og erfaring om demens, og ikke minst forstå hva kaoset innebærer for den som opplever å leve med demens (Engedal m.fl. 2009). En forutsetning for å velge handlinger må være at begrunnelsen ligger i både kunnskapen om og forståelsen for den enkelte pasients spesielle situasjon. Forskning viser at personer med demens ofte opplever å ikke bli sett og hørt og respektert som individer (Heggestad, Nortvedt og Slettebø 2013).

Ut fra funnene kan det se ut som beboerne ikke alltid vil være med på ting. Da kan det være både viktig og riktig at pleierne akseptere det. Når det å hjelpe er selve fundamentet i omsorg kan det være vanskelig for pleiere å akseptere situasjoner de ikke kan gjøre noe med. Pleierne i min studie forteller at de ikke alltid lykkes i å hjelpe pasienten. De erfarer dette som slitsomt og stressende, og utsagnene kommer ofte sammen med en beklagelse og ord som at «*vi prøver så godt vi kan*». Pleiere beskriver situasjoner der de forsøker å hjelpe pasienten under stellesituasjoner, men erfarer å bli avvist. Pleiernes erfaringer illustrerer deres utfordringer i å mislykkes som omsorgsgivere, og det er spesielt når de snakker om de mest utfordrende pasientene. Jeg tenker at de som klarer å utrykke sine behov kommer stort sett i første rekke.

Min egen erfaring som ansatt på sykehjem er at dette ofte kan skje. Grimen (2013) beskriver at kunnskapen er av vitenskapelig karakter og ferdigheter utvikles gjennom trening i praktiske situasjoner i det kliniske feltet. Økt kunnskap om brukermedvirkning kan føre til økt fokus på etisk refleksjon. Ufaglærte kan mangle erfaring med kritisk, faglig og etisk granskning av egen praksis og det kan derfor være vanskelig for dem å vite hvordan de skal legge til rette for brukermedvirkning. Da kan det være viktig at det er en refleksjonsgruppe på avdelingen hvor avdelingsleder tar opp faglige og etiske dilemmaer i plenum. I følge Eide og Aadland (2012) kan etiske problemer tydeliggjøres når profesjonelle verdier står på spill og vi blir dem bevisst. Videre understrekes det at et moralsk problem blir synlig når det beskrives i et etisk språk. Sosiale prosesser muliggjør at utvikling og endring vokser frem, og kommer til uttrykk i ny praksis. Ansatte med høyere utdanning bør ta større ansvar for etisk refleksjon i arbeidshverdagen siden det er et faktum at store deler av personalgruppen er ufaglært.

Erfaring med kritisk granskning av egen praksis er noe de ufaglærte mangler slik at det blir vanskelig for dem å vite når de tråkker feil. Dette kan støttes av Aakre (2011) som nevner at enkeltpersoners faglige og etiske skjønn og dømmekraft er viktig som refleksjonsgrunnlag. Aakre (2011) hevder at det i enhver praksis er både den enkelte helsearbeider, og hverdagskulturen som avgjør den faglige og etiske standard. Faglige og etiske skjønn kan representere en følsomhet hos yrkesutøvere (Nordtvedt og Grimen 2006). Grunnlaget for en slik følsomhet kan være intuitiv, erfaringsbasert og uartikulert kunnskap. Vråle sier: «Verdibevissthet kan utvikles ved å sette ord på verdier, forstå sammenhenger der verdier aktualiseres og finne frem til gode og riktige løsninger» og hun sier videre «Verdibevissthet kan lede til og bygge opp under valg av handlingsalternativer i praksis» (Vråle 2017 s. 303).

Etisk refleksjon som læringsverksted kan innebære at ansatte i større grad tar ansvar og er bevisst sitt ansvar som helsepersonell. Mine funn viser at informantene tror på refleksjonsgrupper og forteller om det som har vært vanskelig i enkelte situasjoner kan diskuteres i refleksjonsgrupper ut i fra hvilke verdier som ble satt på spill. De forteller også at de via refleksjonsgrupper kan vokse faglig og finne frem til løsninger på etiske og moralske utfordringer som kan fremme brukermedvirkning. Det kommer også frem at ansatte lærer og samarbeider på tvers. Informantene forteller at de da ser og lytter til beboerne. Å møte brukerens behov på best mulig måte innebærer involvering fra ide til iverksetting og evaluering (Meld. St.26 (2014-2015)). Dette gjenspeiles i mine funn hvor deltakerne forteller at de ønsker å gi beboerne en opplevelse av å bli møtt med respekt og tillit.

Brukermedvirkning kan på den måten beskrives som relasjonell kompetanse. Informantene forteller at de lytter og ser til beboerne. Det kan fortolkes som at dette er et positivt bidrag fra leder sin side for å skape arena for etisk refleksjon og for å fremme brukermedvirkning. FN understreker at brukermedvirkning er knyttet til etisk teori, moralske normer som autonomi og integritet (FN1948). Etter min erfaring dreier debatten om brukermedvirkning seg om grunnleggende menneskerettigheter.

Kjennskap til beboernes tidligere preferanser, verdier, interesser og livshistorier kan være en rettesnor for helsepersonell som skal støtte personer med demens i deres bestrebelser på å utøve innflytelse i eget liv (Rokstad 2008). I følge Rokstad (2008) er det ikke uproblematisk, i lys av at personer med demens kan gi uttrykk for noe annet i sin nåværende situasjon. Det vil da kunne oppstå konflikt mellom ønsker før og nå. En kan heller ikke utelukke at pårørende

og personer med demens kan ha ulike oppfatninger. Likevel hevdes det at grundig kjennskap til pasienten og observasjoner av for eksempel nonverbale tegn på samtykke eller motstand, kan være en bedre fremgangsmåte enn å følge velgjørenhetsprinsippet og handle i tråd med det fagpersoner mener er til det beste for personer med demens (Rokstad 2008). Slik jeg tolker det ut i fra mine funn er omsorgsgivers rolle innen demensomsorg krevende når det gjelder å få til god og hensiktsmessig brukermedvirkning. Helsepersonell bør hele tiden vurdere pasientens beste ut fra skjønn og dømmekraft. I lys av masterstudie til Grytten (2013) brukernes erfaringer tradisjonelt blitt lite vektlagt innenfor demensomsorg.
Brukermedvirkning er et viktig satsingsområde i dag, og anses å ha stor betydning for kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene (Grytten, 2013; Storm, 2010).

Larsen m.fl. (2006) beskriver brukermedvirkning på systemnivå og hvordan det bør gi kunnskap om medvirkning både blant ledere og øvrige ansatte. Sykehjem og boliger for personer med demens bør som arbeidsgiver legge til rette for utdanning og opplæring av fagpersonell som gir kunnskap om ferdigheter for brukermedvirkning og hvordan man legge til rette for brukermedvirkning. Likeledes bør man på system nivå ha intern kontroll systemer som evaluerer om brukermedvirkning blir godt nok ivaretatt.
Som profesjonsutøvere kan helsepersonell være en sterk gruppe. Vi har også lært oss språket som skal brukes gjennom lange utdannelser. Derfor må vi være ekstra nøye i forhold til vår kommunikasjon. Å bruke et språk alle forstår er viktig i en slik sammenheng. Det betyr blant annet at man må tilstrebe seg å ha lik forståelse i forhold til forskjellige begreper som blir brukt. Er det begreper som er uklare må disse forklares slik at beboerne kan være med og forme dagen sin etter egne ønsker.

5.2 Tid

En informant sa om tidspresset: *Jeg jobber så presset på tid, så når du er hos en pasient er du kanskje hos en annen i tanken.* I mine funn kommer det frem at tidsperspektivet er sterkt vektlagt fra alle informantene som en utfordring når det gjelder å fremme brukermedvirkning i omsorgstjenesten i det daglige arbeidet. Det er knyttet til at tiden oppleves som mangelvare. De ansatte opplever at tidspress reduserer mulighetene for god brukermedvirkning. Samtidig snakkes det også om faktisk bruk av tid og hva det har for konsekvenser i arbeidshverdagen.

En leder gir uttrykk for at de stadig hører fra de ansatte at tiden er for knapp. Et utsagn som kjennetegner dette funnet er «*Nei! Det kan ikke jeg gjøre, for det har jeg ikke tid til!*».
I følge ledere i min informantgruppe, gir de utrykk for opplevelser knyttet til tidsfaktoren i hverdagen, er forskjellig fra ansatt til ansatt. Lederne i mitt utvalg er ikke uten videre enig at tiden er for knapp for å legge til rette for og få til brukermedvirkning i det daglige arbeidet. En leder påpekte at mer tid ikke nødvendigvis kan gi bedre mulighet til brukermedvirkning, fordi hun hadde sett at i rolige perioder, ble ikke brukermedvirkningsperspektivet bedre ivaretatt. De ansatte i mitt utvalg er svært opptatt av tidspress og travelhet i hverdagen.

Samtidig understreker de fleste at det handler mer om hvordan man disponerer den tiden man har, enn å hele tiden måle den tiden man ikke har. Ledere gir uttrykk for at de også ser hvordan stramme rammer føre til travelhet i hverdagen. Slik mine informanter nevnte utgjør vanlige rutinearbeid på demensavdeling alt fra dusj til leggetid det meste av arbeidet og det er så mye å gjøre at de nesten ikke rekker å trekke pusten. Dette er også noe Kirkevold (2008) er opptatt av i sin studie der det fremgår at det meste av tiden går med til oppgaver som vekking om morgenen, dusj tider og måltider til faste tider. Den tiden som er igjen, går ofte til praktisk arbeid som dokumentering, kartlegging og observasjon. Det er lite tid igjen til å møte alle pasienters ekstra behov (Kirkevold 2008).

Ved min tid i praksis ble sykehjemsbeboerne ofte plassert i dagligstuen uten personale til stede og uten at de ble spurt om hva de ønsket selv. De ble plassert foran tv-en da det var mest effektivt for de ansatte. Beboerne ble som regel sittende der i flere timer uten noen spesielle aktiviteter og uten at det var noe felles opplegg for aktiviteter. Slik jeg tolker det, mister beboerne da den medvirkning i valg av aktiviteter som de egentlig har krav på. Informantene i min studie mente også at tidspress førte til mangel på individuelt tilpassede aktiviteter, som beboerne ønsker selv på en demensavdeling. De ansatte i studien fortalte at de ikke alltid har tid til å sitte ned for å spørre om «hva som var viktig for fru Berg», og at det skjedde ofte.

Ansatte beskriver en travelhet i hverdagen med eksempler som synliggjør dilemmaene for å få brukermedvirkning i det daglige arbeidet. Rammebetingelsene derimot, oppleves fra alle, som for knappe. Dette er i samsvar med det Orvik (2015) skriver, at i en tid der helseorganisasjoner mer og mer ligner produksjonsbedrifter, er brukermedvirkning ingen selvfølge. Tid er, slik informantene sier, og som er i tråd med min egen erfaring og teori om

emnet, en viktig faktor for å lykkes i å etablere et godt samspill og en fleksibel tilnærming for å fremme brukermedvirkning.

Informanter i min studie som var ansatte, nevnte at de under press, jeg forstår dette slik at de jobber mot klokken. Måter å redusere tidspresset vil trolig være å finne i ledernes arbeid og ved at de på systemnivå vurderer og justerer strukturelle forhold og daglig organisering av arbeidet. Dette fremgår av informantenes utsagn som viktige faktorer for å kunne gi fremme brukermedvirkning i hverdagen. Ut fra mine funn kan det virke som om det er opp til hver enkelt ansatt og leder å vurdere motsetninger eller sammenfall mellom god omsorg og effektivitet i tjenesten for å fremme brukermedvirkning. En daglig utfordring, som trolig også kommer av tidspresset som deltakerne i studien beskriver, er en verdiklemme siden verdiene brukermedvirkning bygger på ikke kommer til uttrykk i praksis. Det synes å være noe lederne og ansatte kjenner særlig sterkt på. Ofte handler det om at hver og en må vurdere og prioritere oppgaver. Orvik (2015) hevder at tid har egenverdi, fordi tid er en forutsetning for å realisere andre verdier. Han sier også, at selv om tid er også en knapphetsressurs, så skal den ikke måles og telles. Hauger (2009) beskriver hvordan tid kan åpne for verdien tillit, fordi man med god tid kan bli godt kjent med hverandre. Tidspress kan derimot vanskelig kombineres med samhandling og kommunikasjon med demensrammede (Hauger, 2009).

Ansatte informanter i min studie gir også flere eksempler på at de opplever at de må gå tvers av sine idealer og sine sykepleieverdier. I følge etiske retningslinjer kan tidspress som hindrer god brukermedvirkning også komme i konflikt med beboernes verdighet, slik de er definert i verdighetsgarantien (lovdata.no). Å etablere brukermedvirkning som en verdi, er en prosess som det må etableres gode rutiner og gode samarbeidsstrukturer for å oppnå.

Det er også viktig å ha tid til å sette seg inn i beboernes ønsker. I møte med demente beboere er det en forutsetning at man har satt av god tid. *Tidsfellen* kan fort føre til at man haster gjennom møtet med pasienten og beboeren slik at han eller hun blir overkjørt. Når dette skjer, har jeg selv erfaringer i min nåværende lederjobb ved en avdeling for personer med demens, at går mange (ansatte) hjem og føler dårlig samvittighet for ikke å ha lykkes i å gi den omsorgen man ønsker. Dårlig samvittighet kan være uttrykk for at smertegrensen er nådd.

Dårlig samvittighet kan også bevisstgjøre oss på hva som er våre etiske verdier. Nordtvedt (2004) hevder at en verdighetsfremmende omsorg er en omsorg hvor beboerne blir tatt på

alvor som mennesker, og hvor behovet for medbestemmelse settes øverst (Nortvedt, 2004). At medbestemmelse er viktig for selvrealisering, menneskeverd og livskvalitet er nedfelt i FNs menneskerettigheter (FN 1948). Lov om pasient- og brukerrettigheter (lovdata.no), stiller i norsk kontekst krav om sikring av at beboernes autonomi blir ivaretatt. Loven viser til at beboere har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenestene, og medvirkningen skal tilpasses den enkelte beboers evner i forhold til å gi og ta imot informasjon. Heggestad (2016 s. 383) skriver om verdighet og autonomi i arbeidet med personer med demens, at frihet og autonomi er avgjørende for opplevelse av verdighet. Det er helsepersonells oppgave å redusere den enkeltes opplevelse av umyndiggjøring og frihetsberøvelse, hevder Heggestad (2016).

Fra egen erfaring har jeg sett at noen pleiere ender opp med å slutte å jobbe i helse og omsorg, fordi de ikke ønsker å havne i konflikt igjen med sine idealer på grunn av at ytre forhold som tidspress, mangel på bemanning og ufaglært personell gjør at det blir for lite tid til å legge til rette for brukermedvirkning for beboerne. En av informantene beskrev tidspresset slik: «*Vi løper som piska skinn*". Ansatte informanter i min studie gir uttrykk for stor arbeidsbelastning over tid som i mange situasjoner påvirker faglig skjønn og evne til observasjon. De sier at det er et effektivitetskrav som går på bekostning av kvaliteten i utøvelsen av omsorgstjenester som hemmer brukermedvirkning. Dette er i mange tilfeller ikke helt bevisst, men en tendens de erfarer over tid.

Det ansvaret man står i når man arbeider med mennesker, er et moralsk ansvar som må relateres til forpliktende lovgivning, yrkesetiske retningslinjer og organisasjonens etiske verdier. Aadland (2004) er tydelig på verdienes funksjon som veiviser for våre daglige valg og prioriteringer. Mange dilemmaer som beskrives av ansatte og lederne kan, slik jeg forstår det, betegnes som verdidilemmaer som kan skrive seg fra utfordringer med å bygge opp relasjoner som kan være et viktig grunnlag for å få til brukermedvirkning og kommunikasjon med demente beboere. Ansatte kan, etter min vurdering, ikke klare å skape rom for dialog slik at de kan oppstå et fundament med tillit og trygghet, når de i virkeligheten løper for å rekke rutineoppgaver.

5.2.1 Prioriteringer

I mine funn viser det seg at i demensomsorgen kan bruk av målesystemer medføre en forskyvning av fokus bort fra brukermedvirkning i retning av å oppfylle krav ut fra målbare indikatorer og en prioritering av produksjon, noe som gir inntrykk av at man prioriterer det man blir målt og kontrollert på. Orvik (2015) beskriver også at mål- og resultatstyring i offentlige tjenester fokuserer på målbare resultater. Profesjonell ledelse bygger på et prinsipp om at det er en leder som skal ha det helhetlige ansvaret for en enhet, med tydelige mål om kostnadskontroll, effektivitet og brukertilfredshet (Orvik, 2015). I helse- og omsorgstjenesteloven (2011) står det i § 4-1"at det skal tilrettelegges for å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene". Mine funn i denne masteroppgaven, viser at relasjonsbygging mellom pasient og pleiere er en viktig verdi for å fremme brukermedvirkning. Relasjonsbygging som verdi kan ikke måles med tall slik en del resultater kan. Tiden det tar, og arbeidet som gjøres for å skape tillit og trygghet hos den demente, vil også måtte vurderes inn mot den enkelte demente beboer sine særskilte behov. I følge Kirkehaug (2013) eksisterer det verdier overalt. Han hevder også at verdier har en fundamental innflytelse på menneskelig aktivitet ved at de styrer oppmerksomhet, beslutninger og prioriteringer og regulerer våre handlingsmønster og ambisjoner.

Lederne i min studie uttrykker mye frustrasjon i sine beskrivelser av lederhverdagen sin. Mange utsagn vitner om stort arbeidspress, opplevelse av verdidilemmaer og krevende prioriteringer. Funnene mine også viser at psykososiale behov og behov for individuelle aktiviteter for beboerne ble nedprioritert. Når disse oppgavene blir nedprioritert kan det gå utover mellommenneskelige forhold over tid. I praksis blir fokus oppgavesentrert og ikke personsentrert.

Funnene viser også at ledernes rolle er preget av å ivareta og følge opp et massivt arbeid knyttet til drift og administrasjon av avdelingen, samtidig som de balanserer dette opp mot behov for oppfølging og ivaretakelse av personell og legger til rette for god pasientomsorg. I intervjuene finnes mange utsagn som vitner om stort rollepress, opplevelse av dilemmaer og krevende prioriteringer. Det er en relativt stor avstand mellom den leder informantene forteller at de ønsker å være, den de synes de burde være, og den de opplever å være i praksis.

Å prioritere ser ut til å være utfordrende i demensomsorgen, samt at de prioriteringer som gjøres gir mindre rom for brukermedvirkning. På den andre siden er brukermedvirkning en lovfestet rettighet som bør prioriteres. I følge Vråle (2017) må ledere i en gitt valgsituasjon veie ulike hensyn mot hverandre. Verdibevisst kan ved det bidra til økt trygghet (Vråle, 2017). I praksis handler dette om å måtte prioritere mellom ulike omsorgsoppgaver. Mine funn kan også tyde på at prioriteringer forekommer i de fleste sykehjemmene hos pasienter med demens. En pleier uttrykker at de ikke alltid får hjulpet beboer som har behov for individuell kontakt. Dette kan handle om at enkelte pasienter går foran andre. En ansatt sa: *det er trist å si det men de blir nedprioritert*. Pleiere erfarer at andre pasienter får dårlig behandling hvis urolige personer prioriteres fremfor sengeliggende pasienter på demenspost. Slik dette fremstår dreier det seg om å måtte prioritere mellom pasienter. Deltakerne som var ledere var opptatt av det samme, men på en annen måte. De sier at de har lyst til å være med på stell for å kartlegge hvor utfordringene ligger. Men det er så mange rapporteringer at de også må velge mellom administrativt og pasientnært arbeid.

En av lederne nevnte også at det ikke er gitt at økt bemanning ville løse problemet. Slik jeg har tolket innholdet i intervjuene i min studie, ligger prioritering skjult i mange av omsorgssituasjonene som skjer i det daglige, og det kan se ut som om pleierne ikke alltid er dem bevisst. I følge Nortvedt (2004) er det ikke systemet som gjør disse prioriteringene, men menneskene i systemet. Nortvedt (2014) hevder at omsorgsgivere har et ansvar for den enkelte mottaker og for fordeling av tjenestene mellom mottakerne, og er forpliktet til å forhindre at noen utsettes for skade eller dårlig praksis. I min studie har, slik jeg ser det, ansatte og ledere noe ulik forståelse av prioritering av oppgaver. Ledere og ansatte i min studie opplever at økonomiske innsparinger over tid har påvirket organiseringen av tjenesten og blir presset til økt effektivitet med begrensede ressurser. Pleiere/sykepleiere med primæransvar opplever store utfordringer i å balansere pasientenes behov og oppgaver/prosedyrer.

Det fremkommer i studien til Svensson (2008) at pleierne kan se ut til å plassere årsakene i systemet når de mangler ressurser eller kompetanse, men en kan stille spørsmål ved om menneskene innenfor systemet er helt uten betydning. Svensson (2008) skriver at i menneskebehandlende organisasjoner kan det se ut som om ansatte overlater styring og kontroll til organisasjonen, men at den reelle styringen likevel skjer i møte mellom utøver og mottaker. Funnene i min studie antyder at enkelte faggrupper som sykepleiere ikke finner rom

for å gi omsorg til personer med demens på grunn av mange oppgaver. Dette stemmer godt overens med det Engebretsen m.fl. (2012) skriver om at selv om mangel på ressurser preger helsevesenet, følger omsorgsgiverne lojalt opp prosedyrer, og dokumentasjon prioriteres fremfor klinisk arbeid.

Aakre (2016) hevder at helse og omsorgsarbeidere prioriterer kontinuerlig i store og små spørsmål. Prioriteringer kan handle om at gjennom høye forventninger, omfattende rettigheter med store teknologiske fremskritt, grensesprengende muligheter og økonomi skapes streke forventninger og urealistiske håp. Sammensatte prioriteringsspørsmål kan true både etiske føringer, faglig forsvarlighet og pasient sikkerhet, hevder Aakre (2016)**.** Slik jeg ser det kan prioritering ha medført at de deltakerne som er ledere i min studie er blitt presset til å se på eksisterende rutiner og måter å utføre arbeidsoppgaver på.

5.2.2 Flerkulturelle aspekter

I min studie viser det seg kulturmangfold blant helsepersonell på sykehjem. Mange av informantene har vært i helsevesenet i årevis. Mine funn viser til at tilhørigheten til familien er sterk hos personell fra annen etnisk bakgrunn, at det er familien som tar seg av de eldre, og at avgjørelser knyttet til sykdom og behandling skjer innad i familien. Kim (1994) viser i sin teori at en helsearbeider fra en annen etnisitet gjerne kan ha en vesentlige respekt for eldre, fordi de i sin oppvekst har hatt en sterk gruppetilhørighet til familien, og at en elementære holdning innad i familien er at man alltid respekterer den eldste (Kim, 1994 i Hanssen, 2005).

En undersøkelse NRK har gjennomført i samarbeid med Norsk Sykepleierforbund viser at 90 prosent av sykepleierne opplever språkproblemer i helsevesenet. Den viser at språkkunnskapene blant sykepleiere med fremmedspråklig bakgrunn er så dårlig at det kan gå ut over pasientsikkerheten (Reuterdahl, Strand & Jansson; 2015).

Anna Gavanes (2013) har forsket på nyliberale prosesser i Stockholm, Sverige, hvor hun har sett nærmere på markedsretting, privatisering og individualisering av eldreomsorg. Hun viser til hvordan den eldre selv fremforhandler pleien vedkommende trenger og hvordan private aktører konkurrerer om de 6 eldre kundene. I hennes forskning fremkommer det at helsearbeidere med migrantbakgrunn blir foretrukket av de eldre på bakgrunn av at de er mer fleksible, rimeligere og har visse etniske kjennetegn. Det vil si at private aktører markedsfører

etniske profiler med den hensikt å imøtekomme kundens preferanser (Anna Gavanes, 2013, sitert i Wrede og Näre, 2013.) En av grunnene var at brukerne opplever helsearbeidere med migrantbakgrunn som mer fleksible.
Bruker i sentrum, god omsorg og god kommunikasjon kan være de egenskapene og verdiene som synes å være viktig for å kunne sette seg inn i den enkeltes beboer ståsted og hjelpe til å medvirke. En av lederen viser til at brukermedvirkning er vektlagt innenfor sykehjem, og at de snakker mye om dette i avdelingen. Dette kan tolkes i lys av Eriksen og Sørheim (2006) som nettopp sier at brukermedvirkning er en kulturell ramme på avdeling, noe som igjen vil prege det kommunikative fellesskapet. Funnene viser også til at de møter de enkelte beboere ut fra individuelle ønsker og behov, og ikke ut ifra nedskrevne rutiner eller regler, noe som kan være ett stort skritt mot brukermedvirkning.

5.2.3 Kunnskap, holdninger og verdiforankring

Å mangle kvalifikasjoner, være personlig uegnet eller ha dårlige holdninger kan i seg selv utgjøre en risiko, men det er i selve omsorgsutøvelsen virkningen av risikofaktorene får konsekvenser. Studien til McGilton, Sidani, Boscart, Guruge og Brown (2012) viser at pleiernes væremåte og adferd kan påvirke personer med demens i negativ retning om relasjonelle ferdigheter og negativ adferd hos pasienter. Lindseth (2015) skriver at helsevesenet er innrammet av lover og forskrifter, samt kvalitetssikring som planlegger handlingsforløp slik at uønskede hendelser ikke oppstår. Det er logisk å ha et ønske om å redusere risiko på denne måten, men ifølge Lindseth (2015) mangler det regler for hvordan reglene skal følges opp på en fornuftig måte. Her er det behov for dømmekraft, noe som innebærer både erfaring, klokskap, innsikt og ferdigheter. Det er dette som kan åpne for nye forståelser, andre perspektiver, fremmer bevissthet og styrke dømmekraft.

Å være avhengig av andre for å få dekket grunnleggende behov kan påvirke selvfølelsen og svekke uavhengighet og opplevelse av kontroll. For at beboerne skal føle seg autonome er det viktig at de får muligheter til å foreta egne valg i det daglige slik at de opplever å ha kontroll over eget liv. Eksempler på slike valg kan være å bestemme når man ønsker å stå opp, legge seg eller hvilke klær man ønske å ha på seg. Videre kan det være at man ønsker å bestemme når man ønske å dusje eller bade, eller når man ønsker å spise og hva man ønsker å spise. Slike valg har stor betydning for den enkeltes opplevelse av innflytelse og det å være verdsatt og medvirke.

Holdningene påvirker omsorgskvaliteten ved måten de kommer til uttrykk på (Padgett 2011) Slike holdninger påvirker menneskers følelser (Nyeng, 2006). Slik jeg forstår det holdninger kan bidra til lavt selvbilde hos personer med demens. Ord, holdninger og maktutøvelse kan også tilføre skade. Etter mitt inntrykk krever brukermedvirkning holdningsendringer i forhold til eldre, og i forhold til demensdiagnosen både i samfunnet og i helsevesenet.
Fredriksen & Fugelli (2008) uttrykker at det ikke bare er medisiner som har bivirkninger. Ord, holdninger og moralsk maktutøvelse kan også skade. Dette samsvarer også med Eriksson (1996, 1999) som sier at å utføre omsorgsarbeid, ikke nødvendigvis betyr at man gir omsorg. Holdninger hos helsepersonellinformantene uttrykker at for å skape brukermedvirkning kreves det ansatte som er fleksible og som ikke holder fast på rutiner, men som har kunnskap og erfaring nok til å bruke faglig skjønn og kunnskapsbasert praksis i sitt arbeid for å fremme brukermedvirkning.

Mine funn viser at alle avdelingsledere jobber mye med holdninger og verdier for å fremme brukermedvirkning. I følge Christoffersen (2005) viser det seg at teoretisk kunnskap kan ses på som en påstand, mens ferdigheter kommer til syne i handlingene. Skal man lære seg ferdigheter som ivaretar brukermedvirkning må man øve praktisk. Med dette tenker jeg at etisk refleksjon som læringsarena kan sette de ansatte i ulike situasjoner, de kan få reflektert over egne holdninger og øve seg på å sette seg inn i beboernes situasjon for å fremme brukermedvirkning. De kan være med på å øve seg på ferdigheter som ivaretar brukermedvirkning i det daglige arbeidet.

På arbeidsplassen min jobbes det aktivt mot autonomiprinsippet, det er ikke noen faste regler i forhold til hvordan man skal ivareta eller møte den enkelte beboer. Det er ikke slik at alle skal stå opp til frokosten kl. 09.30 eller alle skal spise kl. 13.00. Man jobber med mennesker med ulike ønsker og behov, og hensikten med brukermedvirkning er at beboerne skal bli ivaretatt som enkeltindivider. Dette kan gjerne bidra til varierte hverdager uten faste rutiner, men også at man havner i situasjoner hvor man blir usikker på hvordan man skal løse en eventuell utfordring som måtte oppstå. Hofstede (2010) hevder at om man som helsearbeider har en høy usikkerhetsfaktor, vil det gjerne være utfordrende å ta avgjørelser på egenhånd fordi han eller hun ikke ønsker å ta ansvaret om det skulle oppstå noe uforutsett. Det kan gjerne være at personalet ønsker en forutsigbar hverdag fastlagt i tydelige rutiner og regler. Dette lar seg

gjerne ikke forene med å jobbe med mennesker ut ifra et autonomiprinsipp hvor man skal møte den enkelte beboer som et enkeltindivid (Hofstede, 2010).

Slik jeg ser det, gjør det ingenting om rutinene på dag/kveldsskiftet sklir ut så lenge det ikke går utover beboernes ønsker og behov. Kunnskap hos helsearbeiderne i forhold til hva som er viktig for beboerne er avgjørende for at de skal ha det godt. Jeg har selv erfaring fra situasjoner der ansatte velger sine egne behov framfor pasientenes behov når de skynder seg for å bli ferdig med oppgaver. Det handler om å være kreativ, løsningsorientert og kanskje også intuitiv i omsorgsutøvelsen for å fremme brukermedvirkning. Omsorgsutøverens kvalifikasjoner, holdninger og kompetanse kan ha betydning for hvor god eller dårlig omsorgen blir. Ut fra funn i min studie viser noen ansatte at de er mer opptatt av å jobbe effektivt så de ble ferdig med stell av alle pasientene før frokost. Jeg tenker i denne sammenheng at leder bør ta sin rolle som veiviser og gjør medarbeiderne gode til å ta slike vurderinger, hva som bør vektlegges og i hvilken rekkefølge og hvilke verdier som spiller inn mer alvorlig.

I følge Aadland (2004) handler ledelse om å være oppmerksom på sammenheng mellom de overordnende verdier og hensikter organisasjonen foregir å ha, og hvordan de faktisk fremstår i sin daglige gjøren og laden. Ved å tenke verdibevisst ledelse, kan leder styre, motivere og mobilisere organisatoriske handlinger og beslutninger forankret i organisasjons artikulerte og ønskede verdier, samt å avdekke og avgrense innslaget om handlinger og beslutninger som uttrykker ikke-ønskede verdier (Aadland & Askeland, 2017 s. 115).

5.2.4 «GPS ressurs eller til hinder»

Både det norske samfunnet og helsesektoren preges av endringer, omstillinger og nye rammevilkår eller betingelser. I rapporten Verdibasert ledelse i praksis (Aadland, Askeland, Flatebø, Haugen, Kaasa og Stapnes 2006) konkluderes det med at verdibasert ledelse helt klart er betydningsfullt for å bevisstgjøre og motivere til nytenkning og endringsvilje. Det viktige er at ledelsen følger opp og motvirker forvitring av verdistyringen for å skape et godt omdømme. Dersom etikk og verdier blir offer for rutinearbeid, kan dette fjerne evnen til fornyelse og omstilling (Aadland m.fl. 2006).

I denne masteroppgaven viser det seg at ansatte har et blandet forhold til ny teknologi. Av erfaring vet jeg at det kommer mer og mer etterspørsel om bruk av velferdsteknologi fra sykehjemsetaten. Min erfaring er at mange av beboerne er vant til dette hjemmefra. Det kreves også av de moderne sykehjemmene at teknologi som digital sporing bør anvendes mer i fremtiden, for å ivareta beboernes ønsker om å kunne ta seg en tur etter eget ønske. Prosjektet Lengre i eget liv beskrev utprøvingen av GPS som et positivt tiltak for pasienten og gav sykehjemmet mulighet til testing av velferdsteknologi (Oppegård 2014).

Sjansen for feilbruk av velferdsteknologi og/eller ikke-bruk kan være større der personen med demens har hatt sykdommen en stund. Helsedirektoratet skriver i sin siste rapport knyttet til nasjonalt velferdsteknologiprogram at varslings- og lokaliseringsteknologi er mest aktuelt for personer med demens, men de tilføyer at det gjelder i en tidlig fase av sykdommen (Helsedirektoratet 2015).

I følge Engedal (2016) svekker demens evnen til å konsentrere seg om kanskje noe så enkelt som hvilket husnummer man bor i. Har den syke i tillegg orienteringsvansker og redusert hukommelse, blir det utfordringer i hverdagslivet. Flere tiltak kan igangsettes for å gi disse menneskene en god alderdom. Utover de allmenne rådene som godt stell og god pleie, anbefales det turer ut i naturen, kulturopplevelser og gjensyn med gamle minner.

Ansatte informanter i mine funn nevnte at de kjente beboere som har brukt GPS da de bodde hjemme, men som hadde sluttet med det etter å kommet på sykehjem siden sykehjemmet ikke hadde teknologiske eller fysiske ressurser for bruk av GPS.

Men mine funn viser at de fleste ansatte er skeptiske til at pasienten skulle bruke GPS. Slik jeg oppfatter det, kan det være at de da kan komme til å sette sine egne trygghetsbehov foran beboerens behov for frihet. En ansatt informant, nevnte at hun føler at GPS-sporing kan gi falsk trygghet, for da mister hun oversikt over hvor beboer er og blir bekymret for om beboer kan se seg for i trafikken. Usikkerhet var også knyttet til om beboer ville huske å ta med GPS når vedkommende går ut, eller kanskje kunne komme til å legge den fra seg et sted. Denne usikkerheten ga flere ansatte informanter uttrykk for. Thygesen & Mose (2014) viser at helsepersonell har vært mer tilbakeholdende i forhold til bruk av sporingsenheter enn pasientens pårørende. Her kan etisk argumentasjon være et vikarierende argument for mangel på kunnskap om bruk av velferdsteknologi (Thygessen & Mose, 2014).

Øderud (2015) konkluderer i sin rapport med at for personer med demens og deres pårørende kan lokaliseringsteknologi gi økt livskvalitet. Så godt som alle deltakerne i Øderud sin studie rapporterer at det har vært en trygghet og at det gir økt frihet. Ifølge Selbæk (2014) ble det nevnt i et intervju at en slik velferdsteknologi aldri vil være bedre enn sikkerhetsnettet som bygges rundt. En fallsensor er ingen trygghet om den ikke er koblet til en alarmsentral som står klar til å rykke ut (nrk.no). Av egen erfaring kan jeg si at hvis GPS er komplisert å håndtere, så vil personalet vegre seg mot å ta det i bruk. Opplæring av personalet og ansvarsfordeling i forbindelse med hvem gjør hva bør være forankret i organisasjonen og evalueres jevnlig. Det bør eventuelt gis tilbud om kursing til alle involverte for å skape trygghet.

Tilrettelegging for personer med demens bør bidra til at de kan ha aktive og selvstendige liv så lenge som mulig (Helse og omsorgsdepartementet, 2015). Så en av suksessfaktorene for at teknologien skal virke er at helsepersonell skaper et godt fungerende nettverk med pårørende og frivillige rundt personen med demens om de skal ha nytte av GPS - et tiltak som burde vært igangsatt var samarbeid med frivillige organisasjoner, enkelte personer og andre som ønsker å bidra i hverdagen for personer med demens som ønsker å gå i det fri.

Utfordringene skiller seg ikke vesentlig fra ordinær omsorg for personer med demens, der alt personale skal være klare for å hjelpe til. Skal en person ha GPS må pårørende ha tilnærmet samme type telefon i tillegg til personalet, og de må være tilkoblet et nettverk som har karttjeneste for GPS. Ut fra funn hadde kun to av informantene erfaring med GPS på sykehjem. I følge dem kunne GPS være en optimal løsning. De hadde åpen utgangsdør når beboerne hadde GPS. Det var lettere å følge med på GPS på dagtid enn kveld og helg grunnet bedre bemanning. Om kvelden ble ikke GPS brukt så aktivt. Beboere som hadde gått langt ble enten hentet av personalet eller i enkelte tilfeller av politiet. Slik jeg forstår det, ble det lagt mye arbeid i bruk av GPS, men selv om GPS viser seg å være en ressurs for pasienten, kunne det oppleves det som belastning for personalet.

5.3 Lederrolle som veiviser

Mine funn viser at enkelte informanter savner en synlig leder, en leder som er veiviser og er tydelig på hva som forventes av medarbeidere. Noen ansatte informanter nevnte at mye «pekefinger» fra lederen førte til at de ansatte jobbet på autopilot og foretrakk å bli ferdig med rutinearbeid og var lite motivert til å bidra i fellesskapet. Spurkeland (2013) hevder at menneskeorientert ledelse ikke kan kjøpes. Derimot bygges den ved å skape gode relasjoner. Det handler om hvordan du som leder kan bruke din relasjon til å påvirke medarbeiderne til å skape et godt og produktivt miljø. En av de faktorene er at lederen må bli kjent med medarbeideren. Den viktigste faktoren er da tillit. (Spurkeland 2013). Tillit er et resultat av at leder involverer seg, virkelig bryr seg og vil medarbeidernes beste. Jeg tenker at pleierne bør oppmuntres til å være pasientfokusert og ikke oppgavefokusert hele tiden. I mine funn sa en av lederne at det jobbes aktivt med pleiernes holdninger i det daglige arbeidet med å fremme brukermedvirkning. I alt fra pasienten står opp til de legge seg skal det jobbes mot å ivareta beboerens ønsker. I følge Aadland (2017) er ledelse å engasjere ansatte til kontinuerlig refleksjon over hvilke verdier organisasjonspraksis representerer. En dynamisk refleksjon over verdier krever deltakelse fra alle involverte. Ledere og ansatte må utfordres til å utforske egne handlingsmønstre, og gis frihet til å avgjøre hvilke praksisområder som skal prioriteres i refleksjonsarbeid. Når organisasjonen reflekterer over egen empirisk praksis, kan det oppstå en utvikling mot felles enighet om hva som er betydningsfullt, uinteressant eller hensiktsløst. Derfor vil de meningsskapende prosessene uvegerlig føre til videre refleksjoner om nødvendige forandringer og forbedringer av organisasjonspraksis. Det er viktig at moralske verdier etableres i det språklige samspillet mellom ledere, ansatte og beboere (Askeland & Aadland, 2017).

De fleste informantene som var ledere i min studie, har refleksjonsgrupper i sin enhet som en læringsarena for å ta opp moralske utfordringer. Noen har faste dager på sin avdeling hvor de går gjennom beboergrupper og hva som er viktig for beboeren for å fremme brukermedvirkning. Det bør legges til rette for at pleiere utfører praksis og representerer organisasjonens verdiprofil, slik den fremtrer for omgivelsene. Som en av lederne nevnte, er det ikke gitt at å få flere hender inn i pleien løser utfordringene med å fremme brukermedvirkning. Det er ikke gitt at medarbeiderne automatisk kan begynne å jobbe med å ta vare på beboerne heller enn å sitte på vaktrommene. Det er et holdningsarbeid som bør gjøres kontinuerlig og vedlikeholdes.

Aadland og Askeland (2017) hevder at høy bevissthet om idealer, etiske prinsipper og ønskede verdier ikke gir noen garanti for at de gode intensjonene kommer ut i praktisk handling: Ideelle verdier er kun delbidrag til faktisk praksis. Det fører til et annet spørsmål som da bør stilles: Hva gikk galt? Selvkritiske spørsmål bør ha plass i en komplett verdibevisst lederpraksis. Forholdet mellom tanker, idealer og intensjoner på den ene siden og faktisk handling på den andre, finner sted i relasjonelle samspill (Aadland & Askeland, 2017).

Jeg mener ut i fra mine funn at ledere har en viktig jobb å gjøre for å realisere brukermedvirkning som verdi for praksis. For at det skal kunne skje, må det føyes inn i organisasjonens vegger og løftes opp som tema i postmøter og i refleksjonsgrupper slik at medarbeiderne settes i gang til å tenke: «*hva må til for å gi beboer en verdig dag*?». Hvilke holdninger som forventes av medarbeidere bør komme tydeligere frem gjennom stillingsbeskrivelser og gjennomgås i medarbeidersamtaler, for å sikre at verdier innehar de elementene som skal til for å øke bevisstheten om brukermedvirkning som verdi. Lencioni (2002) hevder at disse ikke bør baseres på konsensus blant medarbeiderne, men utvikles av toppledelsen i samarbeid med eierne. Det er et ledelsesansvar å sørge for at medarbeiderne forstår, slutter seg til og etterlever kjerneverdier. Dette bør skje ved at verdiene veves inn i alle organisasjonsprosesser, fra rekrutering til produksjon og evaluering (Lencioni i Aadlang & Askeland, 2017)

Slik jeg oppfatter organisasjonens vedtatte verdier er det også viktig at de blir virkeliggjort i praksis og ikke bare er fine ord på papiret. Skal brukeren være i sentrum bør rutiner også tilpasses brukeren og ikke personalet. Dette kan være en utfordring for mange ledere i sykehjem.

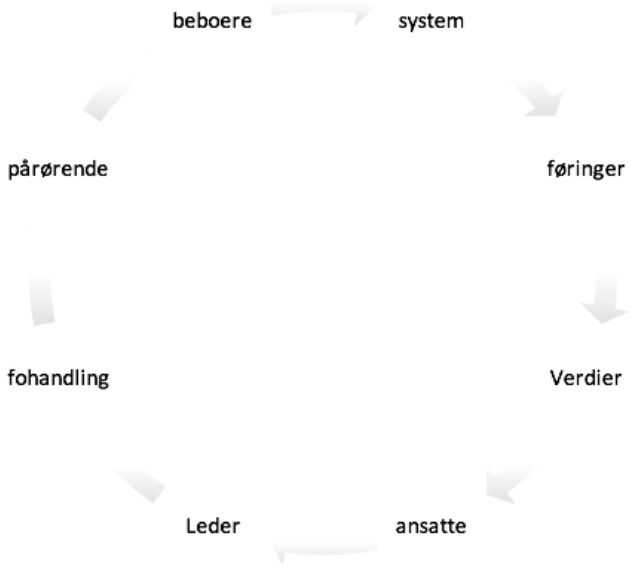
6.0 Oppsummering

For å legge til rette for brukermedvirkning kreves kvalitet, kompetanse, nok ressurser og effektivisering, men det går en grense for hvor mye vi kan effektivisere uten at det går ut over tjenestetilbudet er noe jeg mener at denne masteroppgaven har hatt fokus på. Slik jeg oppfatter det, kan man se dette fra et systemperspektiv hvor alle ledd påvirker hverandre. For eksempel vil ressursmangel over tid få konsekvenser for hele organisasjonen. Det kan gi seg ulike utslag i organisasjonen ved at arbeidsmiljøet blir preget av negativitet, som igjen påvirker motivasjon og arbeidsglede.

I forhold til brukermedvirkning og manglende ressurser, stilles ledere i sykehjem ofte overfor etiske dilemmaer. Begrensede ressurser vil medføre økt arbeidsbelastning for de ansatte, noe som kan medføre slitasje og belastningsskader. Effektivisering kan også være en medvirkende årsak til dette. Terskelen for å få sykehjemsplass er i dag blitt høyere enn tidligere. Dette medfører at beboerne har et større behov for pleie og behandling enn tidligere og som er mer ressurskrevende. Sykehjem vil til en viss grad også være avhengig av kommuneøkonomien og hvordan midlene blir fordelt.

Sykehjem har egne budsjett og større sykehjem har også avdelingsvis budsjett, hvor hver avdeling er budsjettansvarlig. Innføring av avdelingsvis budsjett var også et ledd i økonomistyring og samtidig som dette også kunne medvirke til konkurranse mellom avdelingene for å overholde budsjettene.

Et stadig tilbakevendende argument om ansvarsplassering ble uttrykt som en ledelsesutfordring av informantene som var ledere. Dette styrker min antagelse om hvilken betydning ledelse har for at brukermedvirkning innen demensomsorgstjenesten faktisk kommer til uttrykk. Setter jeg dette inn i en figur, hvor jeg ser hele tjenesten under ett, se figur 2, mener jeg at man kan se at ledelsesarbeid knyttet til målet om å fremme brukermedvirkning i omsorgstjenesten utgjør en vesentlig del av ledelsesfunksjonen innen demensomsorgen.



Figur 2. Tjenestetilbudet innen demensomsorg sett i en helhet

Jeg vil i denne oppsummeringen stille spørsmål ved om ressursknapphet, travelhet og dårlig tid er så gjentakende at det synes å tillate og rettferdiggjøre en uønsket utvikling av arbeidskultur. Kitwood (1997) har beskrevet negative holdninger og handlinger som ondartet sosialpsykologi, men han presiserer at det ikke er fordi pleiepersonalet har onde hensikter, men at det er et resultat av kulturen de er en del av. Malmedal, Ingebrigtsen og Savemann (2009) bekrefter dette i en studie av hverdagskulturen i norske sykehjem. Som avdelingssykepleiere på sykehjem ser vi at hverdagskulturen lager seg systemer som er basert på driftshensyn og ikke på pasientens individuelle behov og brukermedvirkningsrettigheter.

Det er også en annen faktor som spiller inn. Det er at beboerne sin helsetilstand og særlig deres kognitive svekkelse gjør at de ikke stiller krav. Informantene i min studie setter her ord på en grunnleggende og alvorlig verdikonflikt av etisk karakter. De opplever at pasientenes behov blir overdøvet av andre presserende hensyn som tar fokus, fordi struktur og kultur i organisasjonen ikke er støttende eller hensiktsmessige for den målsetningen som organisasjonen har. Mitt inntrykk er at avdelingssykepleierne i denne studien er klar over dette, og strekker seg langt for å lede etter grunnleggende omsorgsverdier som at beboerne skal være delaktig. Lederen må derfor forhandle kontinuerlig slik jeg viser det i min figur 2.

Lederen forhandler med systemet som legger inn føringer, med medarbeidere for å iverksette det i praksis, med pårørende for å få til god dialog og skape trygghet, og leder forhandler ikke minst med pasienter med demens til å være med og medvirke.

Samtidig ser jeg at konkurrerende verdier som effektivitet og kontroll også har blitt en vesentlig del av de verdier som avdelingssykepleiere baserer sin ledelse på. Forhandlinger mellom medarbeideren er et viktig aspekt for å fremme verdien brukermedvirkning. Det innebærer forhandlinger der medarbeidere får mulighet til påvirkning, innflytelse og være i samspill noe som i sin tur kan påvirke måloppnåelse, god helse, lavt angstnivå, stress og konfliktnivå, samt økt effektivitet, kreativitet og kompetanse. Ut fra informantenes beskrivelser i denne masteroppgaven, får jeg et inntrykk av at det er reell ressursmangel, det er travle og krevende arbeidsdager der knapphet på tid er en daglig erfaring. Men det kan, etter min vurdering, likevel ikke forsvare det handlingsmønsteret som kommer til uttrykk i intervjumaterialet. Jeg etterlyser i denne sammenheng en større verdifokusering og en bevisstgjøring av verdier hos den enkelte ansatte, for å synliggjøre det individuelle ansvaret i yrkesutøvelsen.

Det er de idealistiske verdiers tilstedeværelse i hverdagen jeg søker etter. Jeg tenker at omsorgstjenesten trenger de idealistiske verdier som vesentlige fokus for tjenesteutøvelsen generelt og for enkeltindividet spesielt. Effektivitet er slik jeg ser det nødvendig for å gi et så optimalt tjenestetilbud som mulig med de ressursene man har til rådighet til enhver tid for å fremme brukermedvirkning. Dette krever en vedvarende innsats i organisasjonen og jeg må si meg enig i informantenes signaler til ledelsen om hvilke forutsetninger som må synliggjøres i denne sammenheng for å ha fokus på personsentrert omsorg. F.eks. får ikke pasienten bestemme pålegget på brødskiven sin selv fordi det hevdes at det tar for lang tid. Noen sykepleiere har foreslått at pasientene får være med å lage frokosten sin selv ut fra egne ressurser, men erfarer stor motstand mot slike forslag.

I en avdeling bestående av ulike profesjoner, kan det forekomme uenigheter og utfordringer i forhold til hvem som faktisk bestemmer arbeidsutførelsen. Det kan være både formelle og uformelle ledere. Det er da avgjørende å jobbe kunnskapsbasert, og la erfaring, forskning og brukerkunnskap styre omsorgen og den felles kunnskapen som skal råde i avdelingen (Jakobsen 2007). Derfor er det viktig å etablere en omsorgskultur basert på et klart verdigrunnlag som kan være retningsgivende for den enkelte medarbeider og avdelingsleder.

Jeg vil påstå at en bedre organisering av hverdagen kan gi effektiv utnyttelse av tilgjengelige ressurser, uten at det må gå på bekostning av kontinuiteten av tjenesten til den enkelte bruker. Holdningsskapende arbeid rettet mot organisasjonskulturen og bevisstgjøringen av felles verdi kan øke graden av brukermedvirkning i hverdagen.

Kompetansemobilisering er trolig avgjørende for å kunne gi bedre tilpasset omsorg. Kompetanse handler i denne sammenhengen også om å utvikle en stolthet over den virksomheten man er en del av i møte med forventninger fra omgivelsene. Nærværende ledelse ser ut til å være rettet mest mot den daglige drift og praktiske arbeidsoppgaver. Det må også stilles krav fra omgivelsene om en verdiforankret og synlig ledelse.
Til slutt vi jeg si, at mitt inntrykk er at brukermedvirkning og verdier i praksis, samt brukermedvirkning som verdi, ofte hindres i å komme til uttrykk på grunn av manglende forståelse og kompetanse, språklige begrensninger og tidspress. Summen av disse faktorene bidrar etter min vurdering til at utfordringene for ledere og ansatte blir for store.

7.0 Litteraturliste

Andreassen, T. A. (2006). *Brukermedvirkning i helsetjenesten: Arbeid med brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Bakke, T. (2009). Effekten av brukermedvirkning i forbedringsarbeid. Hentet den 10.12.17 fra http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukermedvirkning/effekten-av-brukermedvirkning-i-forbedringsarbeid

Bartlett, R. (2015). Visualising dementia activism: using the arts to communicate research findings. Qualitative Research, 15(6), 755–768.

Brunstad, P. O. (2009). Klokt lederskap. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Busch, T. (2012). Verdibasert ledelse i offentlige profesjoner. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Engebretsen, E. og Heggen, K. (2012). *Makt på nye måter.* Oslo: Universitetsforlaget

Engedal, K. (2016). *En bok om demens. Husk meg når jeg glemmer*. Oslo: Pax Forlag A/S

Eriksson, K. (1999). *Det lidende menneske* (2. utg.). Oslo: Tano.

Erichsen, M, Solberg, F & Stiklestad, T. (2015). Ledelse i små og store virksomheter. Bergen: Fagbokforlaget

Fredriksen, S. & Fugelli , P (2008). Myk ondskap. I Gulbrandsen, Pål (red).Skam i det medisinske rom.(2. Utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Frich, L. J. C. (2015). Makten i helse-og omsorgstjenestene. Michael Quarterly 2015; 12: 147–9.http://www.dnms.no/pdf/2015/2-147-9.pdf

Gill, L., White, L., og Cameron, I. D. (2011). Interaction in community-based aged healthcare: Perceptions of people with dementia. dementia, 10(4), 539–554.

Grimen, H., & Molander, A. (2008). *Profesjon og skjønn.* I A. Molander & L.I. Terum (Red.) *Profesjonsstudier*. (s. 179-196). Oslo: Universitetsforlaget.

Grytten, E. A. (2013). Brukermedvirkning i praksis. Lederes erfaring med brukermedvirkning i psykisk helsevern. Masteroppgave. Universitetet i Oslo, Oslo.

Hanssen, I. (2005). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn.* Oslo: Gyldendal akademisk

Hanssen, H., Humerfelt, K., Kjellevold, A., Norheim, A., & Sommerseth, R. (2010). Faglig skjønn i utøvelse av profesjonelt helse- og sosialfaglig arbeid. I H. Hanssen (Red.). *Faglig skjønn og brukermedvirkning.*(s. 21-49) Bergen: Fagbokforlaget

Hauger, B.(2009) *Over terskelen: arbeidslag i hjemmetjenesten, Ambulerende dagtilbud : Tønsberg Aldring og helse.*

Haukelien, H., M.ller, G., og Vike, H. (2011). Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren.

Heggestad, A. K. T., Nortvedt, P., og Slettebø, (2013). 'Like a prison without bars' Dementia and experiences of dignity. Nursing Ethics, 20(8), 881–892.

Heggestad, A. K. T. (2014). "To be taken seriously as a human being". A qualitative study on dignity in dementia care. PhD, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Heggestad, A. K. T. (2016). Verdighet og autonomi i demens og psykisk helsearbeid. Tidsskrift for psykisk helsearbeid (13) 4, s.381–386.

Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). Pasient- og brukerrettighetsloven. Oslo.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Demensplan 2020, "Et mer demensvennlig

samfunn”. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helgesen, A-K. (2013). Patient participation in everyday life in special care units for people with dementia. PhD Thesis, Karlstad University, Sweden.

Jacobsen, D. I. (2011): Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode .(2. utgave). Kristiansand : Høyskoleforlaget

Jakobsen, R. (2007). *Ikke alle vil spille bingo: Om teori og praksis i demensomsorgen i sykehjem*. Bergen: Fagbokforlaget.

Jensen, L., Eklund, M., og Bjerke, H. (2014). Forsterket demensomsorg i distriktskommuner : Samhandlingsbasert forsknings- og utviklingsprosjekt i Hallingdalregionen, 2011–2014 (Vol. 9/2014). Kongsberg: Høgskolen i Buskerud og Vestfold.

Johannessen, J.-A. & Olsen, B. 2008. Positivt lederskap: jakten på de positive kreftene, Bergen, Fagbokforlaget.

Johannessen, A., Tufte, P.A. og Christoffersen, L. (2011): *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode.* Oslo: Abstrakt forlag AS.

Johannessen, K. I., Molven, O. og Roalkvam, S. (2007) Godt, Rett, Rettferdig – etikk for sykepleiere. Oslo: Akribe.

Kirkevold, M (2008) Individuell sykepleie. I: Kirkevold, M, Brodtkorb, K, Ranhoff, A. H. (red.). Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kirkhaug, R. (2013). *Verdibasert ledelse. Betingelser for utøvelse av moderne lederskap*. Oslo: Universitetsforlaget

Kitwood, T. (1997) *Dementia reconsidered: The person comes first.* Buckingham: Open University Press

Kvale, S. og Brinkmann S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*.(2.utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Lai, L. (2013). *Strategisk kompetanseledelse.* (3.utgave) Bergen: Fagbokforlaget

Larsen, E., Aasheim, F., & Nordal, A. (2006). Plan for brukermedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Løvaas B. J (2017) Hva fremmer motivasjon på arbeidsplassen? I *Vedibevisstledelse* E. Aadland & H. Askeland(red)1. Utgave Verdibevisst ledelse. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Malmedal, W., Ingebrigtsen, O. & Saveman, B.I. 2009. Inadequate care in Norwegian nursing homes - as reported by nursing staff. *Scand J Caring Sci*. 23, 231-242.

Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. (3.utg) Oslo: Universitetsforlaget

Martinsen, K. (1991). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Otta: Tano AS.

McGilton, K.S., Sidani, S., Boscart, V.M., Guruge, S. og Brown, M. (2012). The relationship between care providers` relational behaviors and residents mood and behavior in long-term care settings. *Aging & Mental Health,* 16(4), 507-515.

Meld. St. 26 (2014-2015).Fremtidens primærhelsetjeneste-nærhet og helhet. Helse- og omsorgsdepartementet.

Meld. St. 29 (2012-2013). *Morgendagensomsorg* Helse- og omsorgsdepartementet.

Meld. St. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Meyer, G., K.pke, S., Haastert, B., og Mühlhauser, I. (2009). «Restraint use among nursing home residents: Cross-sectional study and prospective cohort study».

Journal of Clinical Nursing, 18(7), 981–990.

Moe, H., Engelstad, F. (2011) organisering, omsorg og teknologi. Oslo. University of Oslo: Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi.

Moyle, W. og O`Dwyer, S. (2012). Quality of life people living with dementia in nursing homes. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(6), 480-484. Sammendrag hentet fra Cinahl.

Nordtvedt P, Grimen H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon*., (1.utgave, 3. opplag)2009 Oslo: Gyldendal Akademisk

Norheim, A. og Vinsnes, A. (2008) Pasientmedvirkning i demensomsorgen- muligheter og utfordringer. Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning, 2008; 10., 3–15.

NOU-2011:11(2011)Innovasjon i omsorg. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet.

Nyeng, F. (2006). Følelser: i Filosofi, vitenskap og dagligliv. Oslo: Abstrakt Forlag.

Oppegård kommune. (2014). Status Rapport *for prosjekt for sikring av vanderer på sykehjem i Oppegård kommune. HSPLO.*

Orvik, A. (2015): *Organisatorisk kompetanse*. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse (2. utgave)Oslo: Cappelen Damm

Padgett, G. M. K. (2011). Om hjelpekunsten: En kvalitativ studie om demens og brukermedvirkning. Masteroppgave, Universitetet i Stavanger.

Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov av 2.juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter

Rokstad A.M., Smedbye K.L. (2008). *Personer med demens, Møte og samhandling.* Oslo Akribe 2008

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

Smebye, Kari L, Kirkevold, M., og Engedal, K. (2012). How do persons with dementia participate in decision making related to health and daily care? A multi-case study. BMC Health Services Research. 2012 Aug 07;12(1):241.

Spurkeland, J.(2013). Relasjonsledelse (4.utg.) Oslo: Universitetsforlaget

Strand, T. (2007). Ledelse, organisasjon og kultur. (2. utg). Bergen: Fagbokforlaget

Spurkeland, J. 2005, 3. opplag 2010. *Relasjonskompetanse; Resultater gjennom samhandling.* Oslo: Universitetsforlaget.

Storm, M. (2010). Service user involvement in in-patient mental health services: by Marianne Storm. (no. 123), University of Stavanger, Faculty of Social Sciences, Stavanger.

Svensson, L.G. (2008). Profesjon og organisasjon. I: Molander, A. og Terum, L.I. *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Sørly, R (2016) En Oppsummering: Brukermedvirkning i demensomsorgen, Institusjon: Senter for omsorgsforskning, nord, UiT Norges arktiske universitet

Thagaard, T. (2013) systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. (4 utgave) Bergen: Fagforlaget.

Thompson, A. G. H. (2007). The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: a taxonomy. Social science & medicine, 64(6), 1297–1310.

Verdighetsgarantiforskriften. Forskrift av 12. november 2010 nr 1426 om en verdig eldreomsorg

Vråle, G. B. (2017). Veiledning – en vei til lederes verdibevissthet? I: E. Aadland og H. Askeland (red.). Verdibevisst ledelse. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Ward, R., Campbell, S., og Keady, J. (2016). *Gonna make yer gorgeous* : Everyday transformation, resistance and belonging in the care-based hair salon. Dementia, 15(3), 395–413.

Wogn-Henriksen, K. (2012). *Du må skape deg et liv*.. En kvalitativ studie om å oppleve og leve med demens basert på intervjuer med en gruppe personer med tidlig debuterende Alzheimers sykdom. PhD Avhandling, NTNU, Trondheim.

Wrede, S. & Näre, L. (2013). Globalisering care in the nordic countries. *Nordic journal of migration research*, 3(2), 57 – 62, DOI: 10.2478/v10202-012-0015-7

Yukl, G. (2013) Leadership in organizations. (8. ed.). New York: Pearson.

Zeller, A., Dassen, T., Kok, G., Needham, I. og Halfens, R. J. G. (2011). «Nursing home care-givers explanations for and coping strategies with residents`s aggresion: a qualitative study». Journal of Clinical Nursing, 20(17/18), 2469-2478.

Aadland, E. (2004). *Den truverdige leiaren.* Oslo. Samlaget

Aakre, M. (2016). *Jakten på dømmekraften, Praksisnært etikkarbeid i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nettsteder

A.C, Reuterdahl , K. Jansson & T. Strand Publisert 19. jan. 2015 https://www.nrk.no/norge/store-sprakproblemer-blant-sykepleiere-1.12150110 hentet den 01.04.18.

D. Ausen & T. Øderud http://www.sintef.no/siste-nytt/dokumenterer-at-demente-drar-nytte-av-gps/ hentet den 24.01.18

L. G. Gravdal https://www.nrk.no/viten/velferdsteknologi-og-demens-1.11926850 (hentet den 10.09.17)

https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbe9cb7/omsorg_2020.pdf Hentet den24.11.17

H. Thygesen & I Moser https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/14gs2_gps-sporing_3275.pdf , hentet den 30.03.18

NSD (2017). http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/ (hentet 01.09.17)

NSF (2005) 1.opplag https://www.nsf.no/Content/158922/NSF (hentet den 15.10.18)

https://nasjonalforeningen.no/om-oss/aktuelt/demens-koster-samfunnet-28-milliarder/ (hentet den 01.09.18

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1

Intervju spørsmål til ledere:

1.0 På hvilken måte er brukermedvirkning mulig å gjennomføre for deg i praksis innen demens? Hva legger du i begrepet brukermedvirkning?

-Hva gjør du som bidrar til brukermedvirkning?

- Kan du fortelle om din opplevelse hvor du lykkes med å fremme brukermedvirkning i ditt møte med demensrammede i tidlig sykdomsfase, og deres pårørende med omsorgsansvar?

2.0 Hva er de sentrale etiske utfordringene slik du ser dem? Hvordan møter du utfordringene i praksis?

3.0 Hvilke verdier med hensyn til brukermedvirkning ligger sentralt for deg som leder?

4.0 Hvordan benyttes nye løsninger for å øke brukermedvirkningen (?) på din avdeling som teknologiske hjelpemidler? For eksempel GPS. Hva gjør du for å følge opp disse endringene?

5.0 Hva er din erfaring i forhold til det som fungerer bra når det gjelder brukermedvirkning og hva mener du ikke fungerer på din avdeling? Kan du gi et eksempel? Hvilke faktorer mener du er viktig?

5.1 Har du forslag til hva som bør gjøres for å oppnå mer gjennomførbar brukermedvirkning sett fra din side som leder?

6.0 Hvordan du som leder legger du til rette for brukermedvirkning i din avdeling?

7.0 Tenker du at brukermedvirkning på din avdeling er tilstrekkelig? Kan du gi et eksempel?

8.0 Hvilken betydning tror du et økt fokus på brukermedvirkning vil kunne ha for den demensrammede og deres pårørendes opplevelse av sin situasjon?

8.2 Vedlegg 2

Intervju spørsmål til ansatte:

1.0 På hvilken måte er brukermedvirkning mulig å gjennomføre for deg i praksis? Hva legger du i begrepet brukermedvirkning?

-Hva gjør du som bidrar til brukermedvirkning?

-Kan du fortelle om en situasjon hvor du opplevde du lykkes med å fremme brukermedvirkning i ditt møte med demens rammede i tidlig sykdomsfase, og deres pårørende med omsorgsansvar?

-Opplever du at demensrammede pasient gruppen har stor innflytelse på utforming av omsorgs-/tjenestetilbudet de mottar? Hvordan/hvorfor ikke?

2.0 Hva er de sentrale etiske utfordringene slik du ser dem? Eller hva har vært vanskelig? Hvordan møter du utfordringene i praksis?

3.0 Hvilke verdier med hensyn til brukermedvirkning ligger sentralt for deg?

4.0 Hvordan benyttes nye løsninger som ledd i å øke brukermedvirkningen (?) på din avdeling som teknologiske hjelpemidler? For eksempel GPS. Hva gjør du for å følge opp disse endringene?

5.0 Hva er din erfaring i forhold til det som fungerer bra når det gjelder brukermedvirkning og hva mener du ikke fungerer på din avdeling? kan du gi et eksempel? Hvilke faktorer tror du er viktig?

5.1 Har du forslag til hva som bør gjøres for å oppnå mer gjennomførbar brukermedvirkning- sett fra din side som ansatt?

6.0 Hvordan benytter du av de ressursene som er tilrettelagt for å fremheve brukermedvirkning?

7.0 Tenker du at brukermedvirkning på din avdeling er tilstrekkelig? Kan du gi et eksempel?

8.0 Hvilken betydning tror du et økt fokus på brukermedvirkning vil kunne ha for den demensrammede og deres pårørendes opplevelse av sin situasjon?

8.3 Vedlegg 3

Samtykkeerklæring medfølger i en frankert konvolutt.

Deltagelsen i prosjektet er helt frivillig, informantene kan når som helst trekke seg fra studien uten å oppgi noen grunn. Masteroppgaven skal leveres i mai 2018.

Min faglige veileder under studiet vil være Gry Bruland Vråle kan kontaktes på mail: gry.bruland.vrale@vid.no eller på telefon: 90787015

Frivillig deltakelse
Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Det vil ikke få innvirkning på deres forhold til behandlere eller andre, dersom du ikke vil delta i studien eller senere velger å trekke seg.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Gry Vråle.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vennligst stryk det som passer:

Jeg samtykker / samtykker ikke til å delta i deltakende observasjon. Jeg samtykker / samtykker ikke til å delta i intervju. (Signert av prosjektdeltaker, dato)

Med vennlig hilsen
Navneet Sharma
Mastergradsstudent ved Vitenskapelig Høgskole i Oslo

8.4 Vedlegg 4

Meningsbærende enheter, sitater og kondensering

Lederes utfordringer	Medarbeidernes utfordringer	Felles utfordringer
jeg *skulle ha ønsket at jeg kunne ha vært mye mer ut i pleien, vært mye mer på mine avdelinger. Jeg kan sitte på mitt kontor og si hvordan de skal gjøre det. Jeg kunne ha deltatt mye mer i stell hverdag for å bli klokere på de utfordringene mine ansatte står overfor. Der er der jeg sliter litt.*	*skulle gjerne ha gjort mye mer men tiden strekker ikke til. Slike ting skaper frustrasjoner. Brukermedvirkning er veldig viktig del av hverdagen.*	*Språk og forståelse for kunnskap ser jeg som utfordrende. Jeg opplever at norsk kan være vanskelig.*

Leder må forhandle med system hvis man hadde pengene så hadde man bygd om alle sykehjemmene men all den nye teknologien. *Men som leder må man jo på en måte være mer realistisk. Vi har de midlene vi har, drømme kan man jo alltid. Man kan jo håpe om å ville lotto. Det er ikke gitt at livet blir noe bedre for det. Man gjør jo best ut av de ressursene man har og finne praktiske løsninger.* De siste årene er ikke til å sammenligne med de forrige fem år. *«Ting er blitt så forandret. Hele verden er blitt forandret».*	Forhandle med beboerne og pårørende *«Utfordringer ligger i det at man må forklare at mor har forandret seg og det er ikke alltid skjønner det. Det er en som aldri har drukket men kan ta seg ett glass vin til middag eller til kvelds men det skjønner dem ikke. Og det har vært tabu å drikke hjemme de. Og de mener at det skal hun ikke få. Men når beboer selv ønsker det så kan vi på en måte ikke nekte på det».*	Verdier Og det går på at beboere spiser frokost når de ønsker det. «*Her spiser noen frokost kl. 09, noen spiser kl. 08, noen spiser kl. 11. Så det er brukermedvirkning som er i fokus og det er personsentrert omsorg skal i varetas på den måten. Det er overføring av verdier i personsentrert omsorg».*
Forhandle med medarbeidere hvem kan få til godt stell, prøver å lære av hva de enkelte ansatte gjør bra. Hvordan kan andre lære av det. *«jeg kobler til de som får til og de som ikke får til å bruke hverandres erfaringer å få det til».*	Informasjon «*Det er alltid en grunn bak utagering*». «*Sobril eller nærvær*».	Holdningsarbeid *«Hvis de er oppgave fokusert da skjer gjennomføring av oppgaver fra klokken til klokken da er de lite personsentrert. Det er de holdningene ansatte har hatt lenge og de sitter godt men vi jobber med å endre holdninger».*

8.5 Vedlegg 5

01.10.2017

Resultat av meldeplikttest: Ikke meldepliktig

Du har oppgitt at hverken direkte eller indirekte identifiserende personopplysninger skal reg i- streres i forbindelse med prosjektet.

Når det ikke registreres personopplysninger, omfattes ikke prosjektet av meldeplikt, og du trenger ikke sende inn meldeskjema til oss.

Vi gjør oppmerksom på at dette er en veiledning basert på hvilke svar du selv har gitt i me l d e- plikttesten og ikke en form ell vurdering. Til info:

For at prosjektet ikke skal være meldepliktig, forutsetter vi at alle opplysninger som registr e- res elektronisk i forbindelse med prosjektet er anonyme.

Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkel t personer i et datamateriale, hverken: -

direkte via personentydige kjennetegn (som navn, personnummer, epostadresse el.) -

indirekte via kombinasjon av bakgrunnsvariabler (som bosted/institusjon, kjønn, alder osv.) -

via kode og koblingsnøkkel som viser til personopplysninger (f.eks. en navneliste) -

eller via gjenkjennelige ansikter e.l. på bilde eller videoopptak.

Vi forutsetter videre at navn/samtykkeerklæringer ikke knyttes til sensitive opplysninger.

Med venn lig hilsen, NSD Personvern

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS Harald Hårfagres gate 29 Tel: +47-55 58 21 17 nsd@nsd.no Org.nr. 985 321 884 NSD – Norwegian Centre for Research Data NO-5007 Bergen, NORWAY Faks: +47-55 58 96 50 www.nsd.no