



«Hva er viktig for deg?» - samtalen som verktøy for å styrke medborgerskap til pasienter som mottar hjemmesykepleie

Heidi Søyland Waldow
VID vitenskapelige høyskole
Stavanger

Masteroppgave
Master i medborgerskap og samhandling

Antall ord: 25210

24.11.2022

Hva er viktig for deg?

Vil du vise meg vei? Nær ditt hjerte finnes mitt. La oss rusle litt og gå noen skritt i sammen. Fortell, vær deg selv. Du har levd et liv. Du vet hva du mistet, du vet hva du fant, alt det du tapte og alt det du vant. Og det som forsvant. Et øyeblikk kan ditt hjerte berøre mitt, jeg tar ingenting for gitt. La oss gå noen skritt, sammen.

Hva er viktig for deg?

Fortell, ikke hold det for deg selv. Jeg skal gjøre så godt jeg kan med vedtak og tiltak, fremlegge min sak, men uten deg er jeg helt i det blå. Jeg vet hvor feil det kan gå. For også jeg har trengt hjelp. Også jeg kan bli syk og kjenne avmakten banke på, hverdagen gå i stå. Jeg vet hvor feil man kan trå uten et varmt blikk på din virkelighet.

Jeg vet ikke alltid hva som er best. I ditt liv er jeg bare en gjest og jeg tenker nok mest at i din øst og vest, at i ditt landskap, der skal jeg trå forsiktig, det er viktig.

Hva er viktigst for deg?

Stol på meg, om du kan. Vi liksom leter etter vann. Etter kilder til gleden, til sjelefreden. Be den inn, vinne det trygge, begynne å bygge. Finne råd, kanskje en tråd. Vi kan nøste et ord som kan trøste, en løsning på det første, minste og største hinder. Høste håp for i morgen.

La oss lete og finne for lengst der inne, har vi sammen alt å vinne. For den som gir, får. Og den som får, gir. Der inne kan vi skinne, og vi nekter å la verdigheten forsvinne. Om den går tapt får vi ingenting skapt, men om du tar meg med langs dine stier, og deler liv, ønsker og verdier. Da skal jeg høre på det du sier.

Hva er viktig for deg?

La meg se ditt landskap, være ditt mannskap på din reise, en havn. La meg være til gagn.

Hva er viktig for deg?

Et øyeblikk kan ditt hjerte berøre mitt. Jeg tar ingenting for gitt. La oss gå noen skritt, sammen.

(Gode Pasientforløp, 2020)

Sammendrag

Formålet med oppgaven er å se på hvordan de hjemmebaserte tjenestene ivaretar anbefalingen om å stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?» i møtet med pasienter som mottar hjemmesykepleie. For å undersøke dette har det vært nødvendig å se på hvordan helsepersonell i hjemmesykepleien ivaretar «Hva er viktig for deg?»- samtalen, hva som fremmer eller hemmer ivaretagelsen av samtalen og hvilken mulighet tjenestemottakere har i deltakelse av utformingen av den tjenesten som de mottar.

I samfunnet er det forventet en betydelig økning med eldre mennesker og en stor økning av livsstil og aldersrelaterte sykdommer. Helsepersonell skal jobbe proaktivt med å fremme god helse og forebygge sykdom. Å stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?» i møtet med tjenestemottaker vil kunne fremme en personsentrert tilnærming som blant annet innebærer å ivareta hele mennesket og ikke bare den delen av mennesket som er sykt eller påvirket av funksjonssvikt. Det vil også kunne bidra til at tjenestene møter og styrker pasientens mestringsevne og ressurser.

For å svare på problemstillingen er det benyttet en kvalitativ tilnærming i undersøkelsen. Det ble gjennomført 3 fokusgruppeintervjuer med 13 informanter i en stor kommune på Vestlandet. I undersøkelsen er det benyttet temasentrert analyse. Det er fire hovedtema som blir diskutert i oppgaven. Temaene er: organisatoriske faktorer og ledelse, erfaringer fra «Hva er viktig for deg?»-samtalen, opplevelse av tid og ressurser og tjenestepåvirkning.

Resultatene i studien viser hvilke verktøy hjemmesykepleien benytter for å ivareta «Hva er viktig for deg?»-samtalen. Funn viser at helsepersonell opplever at arbeidet med «Hva er viktig for deg?» er en kompleks prosess å ivareta i praksis. Videre kommer det frem at tjenestemottaker har mulighet til å påvirke den tjenesten som de mottar, men ut ifra de rammer og ressurser som hjemmesykepleien representerer.

Nøkkelord: Hjemmesykepleie, brukermedvirkning, «Hva er viktig for deg?», medborgerskap og samhandling.

Summary

The purpose of the thesis is to look at how the home-based services meet the recommendation to ask the question "What matters to you?" in the encounter with patients receiving home nursing care. To investigate this, it has been necessary to look at how healthcare personnel in the home care services attends to the "What matters to you?"-conversation. Factors that may promote or inhibit the conversation and what opportunities the service recipients have in participating in the shaping of the services they receive have also been looked into.

It is expected with a significant increase in the number of elderly people that may contribute to an increase in lifestyle and age-related diseases. Healthcare personnel must work proactively to promote good health and prevent diseases. Asking the question "What matters to you?" in the meeting with the service recipient may promote a person-centred approach which, among other things, involves looking after the whole person and not just the illness or the functional impairment the person is experiencing. It may also contribute to that the services provided to the patient may strengthen the patient's coping skills and resources.

To answer the thesis, a qualitative approach has been used in the survey. Three focus group interviews were conducted with 13 informants in a large municipality in Western Norway. In the survey, theme-centred analysis was used. There are four main topics that are discussed in the thesis. The topics are: organizational factors and management, experiences from the "What matters to you?"-conversation, experience of time and resources, and service impact.

Finding shows which tools home nursing use to take care of the "What matters to you?"-conversation. Findings indicate that healthcare personnel experience that working with the "What matters to you?"-conversation is a complex process to take care of in practice. Furthermore, it emerges that the recipients of the services have an opportunity to influence the service they receive, but this is dependent on the framework and the resources that home care represents.

Keywords: Home care, user participation, "What matters to you?", citizenship and interaction.

Forord

Denne oppgaven markerer slutten på masterstudiet i Medborgerskap og samhandling. Å skrive en masteroppgave har vært lærerikt og utfordrende. Det har vært en krevende og travel prosess, men som har gitt flere gode stunder, nye bekjentskap og tid til refleksjon. Underveis i prosessen har jeg fått god hjelp og støtte fra flere hold.

Først og fremst vil jeg takke min veileder Kjersti Helene Haarr som har vært en god veileder og støttespiller.

Takk til mine informanter for uvurderlige bidrag. En stor takk til mine kollegaer som har lyttet. Takk til min leder som har bidratt med gode tips og råd.

Takk til Lina som har lest korrektur og bidratt med god hjelp underveis.

Takk til gruppe 4: Eva Renate, Tonje og Hege som har vært medvandrere i hele prosessen.

Takk til mine nærmeste venner og familie for heiarop og støtte.

Jeg vil også takke min mann Erlend for tid og mulighet til å skrive og studere, og mine to jenter Elida og Hannah Noelle som har vært tålmodige og gode med meg.

Til slutt vil jeg takke min far for gode møter på kveldstid og hjelp som har ført til gode diskusjoner og fine øyeblikk. Takk til min mor som har sørget for god omsorg og kjærlighet til meg og min familie når min egen timeplan ikke har gått rundt.

Heidi Waldow, Hommersåk, 24.november 2022

Innhold	
Sammendrag	3
Summary	4
Forord	5
Begrepsavklaring	8
1 Introduksjon	1
1.1 Begrunnelse for valg av problemstilling	2
1.2 Avgrensninger	4
2 Aktuell forskning	5
2.1.1 Forskning som omhandler «Hva er viktig for deg?»	6
2.1.2 Forskning som omhandler brukermedvirkning og samfunnsdeltakelse	8
3 Teoretisk rammeverk	10
3.1 Samhandling	10
3.1.1 Samproduksjon	12
3.2 Brukermedvirkning	12
3.3 Medborgerskap	14
3.3.1 Verdighet	16
4 Undersøkelsens design	17
4.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt	17
4.1.1 Forforståelse	19
4.2 Metode	20
4.2.1 Fokusgruppeintervju	20
4.2.2 Intervjuguide	21
4.2.3 Intervjusituasjonen	23
4.3 Utvalg og antall informanter som inngår i studien	24
4.3.1 Rekruttering	25
4.3.2 Gruppesammensetning	25
4.4 Analysestrategi	26
4.5 Forskningsetiske vurderinger	29
4.5.1 Reliabilitet, validitet og overførbarhet	31
4.6 Metodiske refleksjoner	33
5 Resultater	35
5.1 Organisatoriske faktorer og ledelse	35
5.1.1 Primærkontakt	36
5.1.2 Tavlemøter	38
5.1.3 Ildsjeler	39

5.2	Erfaringer fra «Hva er viktig for deg?»- samtalen	39
5.3	Opplevelse av tid og ressurser	42
5.4	Tjenestepåvirkning	44
5.5	Oppsummering av funn.....	47
6	Diskusjon	49
6.1	Samtalen om «Hva er viktig for deg?»	49
6.1.1	Primær og sekundærkontakt.....	49
6.1.2	Brukermedvirkning.....	51
6.1.3	Ildsjeler	54
6.2	Ivaretagelsen av anbefalingen om spørsmålet «Hva er viktig for deg?»	55
6.2.1	En kompleks prosess	55
6.2.2	Tid og ressurser	57
6.3	Deltakelse i utforming av helsetjenester	59
6.3.1	Medborgerskapspraksiser	60
6.3.2	Verdier og holdninger.....	61
6.3.3	Samproduksjon.....	64
7	Oppsummering.....	67
7.1	Implikasjoner for praksis	71
8	Litteraturliste:.....	72
9	Vedlegg.....	76
9.1	Intervjuguide	76
9.2	Informasjonsskriv	79
9.3	Vurdering fra NSD.....	83
9.4	Eksempel tematisk analyse	85

Begrepsavklaring

Tabell 1 Begrepsavklaring

BEGREP	FORKLARING
Tjenestemottaker, bruker	Jeg har valgt å benytte meg av tjenestemottaker i denne oppgaven. I artikler og forskning benyttes begrepet som er brukt av forfatter.
Pasient	En pasient er en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle (Helse og omsorgsdepartementet, 2001). Ifølge denne definisjonen er alle som mottar hjemmesykepleie pasienter, og jeg velger derfor å benytte pasient og tjenestemottaker i oppgaven.
Tjenesteyter, helsepersonell, ansatt	Jeg har valgt å benytte meg av tjenesteyter i denne oppgaven, men også helsepersonell og ansatt der det er naturlig. I artikler og forskning benyttes begrepet som er brukt av forfatter.
«Hva er viktig for deg?» som et spørsmål eller en samtale?	«Hva er viktig for deg?»-samtalen skal i denne oppgaven forstås som måten tjenesteyter tilnærmer seg «Hva er viktig for deg?» spørsmålet på.
Primærkontakt	En primærkontakt skal sikre god tjenesteyting, god dokumentasjon og etablere gode kommunikasjonsrutiner med bruker, pårørende og samarbeidspartnere.

	<p>For å sikre en god rolleutøvelse må det utarbeides en oppgavebeskrivelse, gjennom felles opplæring og gis systematisk veiledning for ansatte i primærkontaktrollen (Meld.St.15 (2017-2018)).</p>
<p>Deltaker, informant</p>	<p>Jeg har valgt å benytte meg av informant i denne oppgaven. I artikler, litteratur og forskning benyttes begrepet som er brukt av forfatter.</p>

1 Introduksjon

Frem mot år 2050 er det forventet en betydelig økning eldre mennesker i samfunnet. Det er også en stor økning av livsstil og aldersrelaterte sykdommer (Meld.St.47 (2008-2009)). For å kunne møte noen av disse utfordringene fikk kommunen en ny rolle gjennom samhandlingsreformen i 2008. Med denne reformen ville regjeringen søke å sikre en fremtidig helse- og omsorgstjeneste som både svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester, og som også svarer på de store samfunnsøkonomiske utfordringene. De kommunale helse- og omsorgstjenestene er en del av lokalsamfunnet og tjenestene må organiseres inn mot bruker, pårørende og frivillige (Meld.St.47 (2008-2009), s. 57).

Hjemmetjenesten er den kommunale tjenesten som ble mest berørt av samhandlingsreformen. Omstillingen medførte at de som har behov for helse- og omsorgstjenester, skal kunne bo hjemme så lenge de ønsker (Holm & Wiik, 2020). Kommunehelsetjenesten har som følge av dette fått nye pasientgrupper som krever mer kompetanse og har komplekse medisinske behov som skal dekkes (Holm & Wiik, 2020). De hjemmebaserte tjenestene møter også pasienter og pårørende i tidlig fase av sykdomsutviklingen og kan bidra til at de kan leve og bo hjemme lenger og ha en aktiv og meningsfull hverdag i felleskap med andre (Helse og omsorgsdepartementet 2015-2020).

Som følge av samhandlingsreformen ble det i 2013 planlagt og opprettet nasjonale læringsnettverk for å utvikle gode pasientforløp for blant annet kronisk syke og eldre pasienter (FHI, 2016). I 2014 startet arbeidet med «Gode pasientforløp» som et samarbeid mellom KS (kommunesektorens organisasjon), Folkehelseinstituttet og kommunene. Et av målene med denne satsingen var blant annet å styrke pasientens opplevelse av mestring og involvering i eget pasientforløp, utvikle helhetlige pasientforløp i kommunene, ta i bruk metoder og verktøy for gode pasientforløp og redusere unødvendige sykehusinnleggelses for kronisk syke og eldre. Med økt brukerinvolvering og innflytelse i eget behandlingsforløp ble det vektlagt at i stedet for å spørre pasienten «Hva er i veien med deg?», ble det tjenesteyter sin oppgave å spørre «Hva er viktig for deg?» i samtaler med tjenestemottaker (FHI, 2016).

Denne måten å tilnærme seg tjenestemottaker på skulle bidra til at helsetjenestene møter og styrker pasientens egen mestringsevne og ressurser. Kort tid etter oppstart av tjenesten gjennomfører tjenesteyter en kartleggingssamtale der tjenestemottaker får mulighet til å si hva som er viktig og tjenesteyter kan iverksette tiltak basert på tjenestemottaker sine mål (FHI, 2019).

Da «Hva er viktig for deg?» ble presentert på min arbeidsplass fikk vi en forståelse for at denne samtalen skulle være en døråpner i møtet med tjenestemottaker, samtidig som det kunne gjøre det enklere å danne en relasjon og gi enda bedre oppfølging. Samtalen skulle være en mulighet til å få en forståelse av tjenestemottaker sin historie eller levde liv. Jeg og mine kollegaer snakket sammen om hvordan det kunne gjøres i møtet med «våre» pasienter.

Kvalitetsreformen «Leve hele livet» understrekte at den som ønsker det skal få bo hjemme så lenge som mulig, tross sykdom og nedsatt funksjon (Meld.St.15 (2017-2018)). Hensikten med «Hva er viktig for deg?»- samtalen er å tydeliggjøre brukerstemmen og bidra til at helsetjenestene møter og styrker individets egne ressurser og mestringsevne (FHI, 2019).

1.1 Begrunnelse for valg av problemstilling

Som masterstudent på studiet «medborgerskap og samhandling» ble jeg interessert i medborgerskapet til de pasientene som jeg selv møter som sykepleier i hjemmesykepleien. Hva retter vi oppmerksomheten mot og hvordan kan vi som helsepersonell jobbe for å kunne tilby tjenester som sørger for at medborgerskap blir aktivt fremmet? På bakgrunn av dette har jeg formulert følgende problemstilling for undersøkelsen:

Hvordan ivaretar de hjemmebaserte tjenestene anbefalingen om å stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?» i møtet med pasienter som mottar hjemmesykepleie?

For å kunne svare på problemstillingen vil det være hensiktsmessig å avklare følgende spørsmål:

1. Hvordan ivaretar helsepersonell i hjemmesykepleien «Hva er viktig for deg?»- samtalen?

«Hva er viktig for deg?» er en retningsendring basert på helsefremmende tilnærming og en styrket pasientrolle (Meld.St.15 (2017-2018)). Med økt brukerinvolvering kommer brukermedvirkning som et virkemiddel i helse- og omsorgstjenestene. Helsepersonell skal jobbe proaktivt med å fremme god helse og forebygge sykdom. Å stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?» i møtet med tjenestemottaker blir beskrevet som en anbefaling i helse- og omsorgstjenesten. Det vil kunne fremme en personsentrert tilnærming som blant annet innebærer å ivareta de eldre som hele mennesker og ikke bare den delen av mennesket som er sykt eller påvirket av funksjonssvikt. Den enkeltes livsfortellinger, verdier og ønsker skal danne utgangspunkt for helse- og omsorgstjenestens tilbud (Meld.St.15 (2017-2018)).

2. Hva fremmer og/eller hemmer helsepersonell i hjemmesykepleien til å ivareta anbefalingen om å stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?» i tjenesteutøvelsen?

Pasientens rett til medvirkning er lovpålagt, som i praksis betyr at tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasient eller bruker (Helse og omsorgsdepartementet, 2001). Videre skal også kommunen sørge for at det etableres systemer for innhenting av pasient og brukers erfaringer og synspunkter (Helse og omsorgsdepartementet, 2011).

En relevant rammefaktor for arbeidet som ytes i hjemmesykepleien er organiseringen, og det er opp til den enkelte kommune hvordan tjenestene som ytes skal organiseres. Kravet er at den skal sikre et helhetlig og samordnet tjenestetilbud til befolkningen. Organiseringen skal også tilrettelegge for tverrfaglig samarbeid innad i kommunen og mellom første og andrelinjetjenesten (Fjørtoft, 2016).

I kommunen som inngår i undersøkelsen er hjemmesykepleien organisert som en bestiller-utfører- modell. Det vil si at kommunen har et eget tildelingskontor som bestiller tjenester hos utførerenheten beskrevet i et vedtak. Vedtaket inneholder blant annet beskrivelser av hvilket behov for helsehjelp som er nødvendig i hvert tilfelle (Fjørtoft, 2016).

Tjenestemottakers behov for helsehjelp, blir tildelt en gitt tid som er bestemt på forhånd. For eksempel vil hjelp til å ta på støttestrømper innvilge 10 minutter med hjelp fra hjemmesykepleien for den aktuelle tjenestemottaker.

3. Hvilken mulighet for deltakelse har tjenestemottaker i utforming av tjenesten som de mottar?

Leve hele livet er en reform for å skape mer sammenhengende tjenestetilbud for eldre og deres pårørende (Meld.St.15 (2017-2018), s. 145). Reformen skal skape mer valgfrihet for den som mottar helsehjelp. I praksis betyr dette at den som mottar hjemmesykepleie i større grad får mulighet til å blant annet å kunne være med på å påvirke innholdet i tjenesten, på hvilken måte den ytes og på hvilket sted og tidspunkt helsehjelpen gis. Intensjonen er at eldre skal få oppleve større grad av forutsigbarhet og færre hjelpere å forholde seg til.

1.2 Avgrensninger

Undersøkelsen er avgrenset til en stor kommune på Vestlandet. Hjemmesykepleien er organisert ulikt i fra kommune til kommune, slik at oppbygging av ulike tilbud og kompetansesammensetningen i tjenestene kan variere mellom de ulike kommunene (Holm & Wiik, 2020). Den aktuelle kommunen har 1 virksomhetsleder som har ansvar for ca. 10 avdelinger. Hver avdeling har en avdelingsleder.

I denne oppgaven har jeg av anonymiseringsbehov valgt å ikke oppgi den aktuelle kommunen sitt navn. Hovedårsaken til dette er at noen av kommunens nettsider blir benyttet for å innhente informasjon som benyttes i oppgaven. Dette kan vise og identifisere hvilken kommune undersøkelsen er gjennomført i (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014).

Det ble nødvendig å endre på problemstillingen underveis. Dette resulterer i at problemstilling i vedlegg 8.2. «Informasjonsskriv» ikke er lik den som er benyttet i oppgaven.

2 Aktuell forskning

Søk etter forskning rundt interessante tema startet i januar 2020.

I tabellen under vises først avansert søk i databasen Oria. Avgrensningene er 2010-2021, fagfellevurderte tidsskrift og norsk. I databasen Academic search elite er avgrensningene 2010-2021, academic journal. Jeg har også sett etter forskning fra Norge, Great Britain, England og USA i denne databasen. Jeg har benyttet både søkeord på norsk og engelsk, alene og i sammen. Brukermedvirkning ble skrevet inn i MeSH (medical subject headings) og jeg har derfor benyttet både brukermedvirkning og samfunnsdeltakelse i søket etter forskning.

Tabell 2 Oversikt over søk

Søkeord i Oria	Antall treff
Hva er viktig for deg?	586
Hva er viktig for deg? og samfunnsdeltakelse	30
Hva er viktig for deg? og eldre	157
Hva er viktig for deg? og brukermedvirkning	16
Søkeord i Academic search elite	
What matters to you?	52
What matters to you? and elderly	8
What matters to you? and elderly and community participation	0
Community participation and elderly	3

Det var lite relevant forskning å finne med de norske søkeordene. Jeg leste gjennom alle de 586 treffene i Oria uten å finne noe som var relevant til min undersøkelse. «Hva er viktig for deg» følger Gode pasientforløp som ble etablert og planlagt i 2014. En av årsakene til dette kan være at emnet jeg undersøker er relativt nytt og at det er forsket lite på. Jeg valgte derfor å søke med engelske ord i Academic Search Elite. Et søk med what matters to you gir 52 treff. Jeg valgte å lese raskt over alle 52 treffene for å lete etter relevant forskning. Videre gjennomførte jeg enkeltsøk med elderly og community participation. Søk med ordene «What matters to you?» and Elderly ga 8 treff. Søk med what matters to you? and community

participation ga ingen treff. Ingen treff på alle ordene sammen. Jeg gjennomførte et enkelt søk på google scholar med søkeordet «What matters to you?» som ikke ga noen relevante funn.

Artikkelen som presenteres i kapittel 2.1.1 er svært interessant da den i tillegg til flere funn også har en god referanseliste. Denne brukte jeg til å lete videre etter relevant forskning rundt temaet jeg skal undersøke. Artikkelens litteraturliste gir også flere gode kilder på forskning fra blant annet England.

2.1.1 Forskning som omhandler «Hva er viktig for deg?»
Nylig ble det publisert forskning om spørsmålet «Hva er viktig for deg?» som er relevant i forhold til min undersøkelse: «What matters when asking «what matters to you?» - perceptions and experiences of health care providers on involving older people in traditional care» (Olsen et al., 2020). I denne blir det redegjort for hvordan spørsmålet «Hva er viktig for deg?» ble brukt i overganger mellom ulike helsetjenester for eldre. Resultatene viser hvordan helsepersonell som deltok i forskningen forsto og brukte «Hva er viktig for deg?» i møte med den nye pasienten for å sørge for at overgangen mellom helsetjenestene ble mest mulig personsentrert. Helsepersonellet i studien forteller at de opplever at å stille «Hva er viktig for deg?» - spørsmålet til pasientene i utgangspunktet er et enkelt spørsmål, men som krevde kompetanse for å kunne brukes i praksis. Noen mente at det kunne brukes som en retningsendring i tilnærmingen til pasientene.

Forfatterne skriver også at ved å stille dette spørsmålet skapes det en spenning mellom den relasjonelle og funksjonelle tilnærmingen (Olsen et al., 2020). Dette handler om ulike måter å forstå hensikten med spørsmålet. Noen deltakere i undersøkelsen forsto spørsmålet som det å bli kjent med pasienten, etablere en dialog og se hele mennesket. Andre forsto at hensikten med spørsmålet omhandlet hva som må til for at pasienten skal kunne bo og klare seg hjemme (Olsen et al., 2020).

Artikkelen er relevant fordi den viser til forskning som er gjennomført i Norge og den er nokså ny, publisert i 2020. Den viser også til funn som jeg kan sammenligne med mine funn og kanskje bruke i min egen undersøkelse. Jeg har også brukt referanselisten i artikkelen for å undersøke om det finnes mer forskning rundt temaet, og funnet flere interessante artikler som er fra England. De blir presentert videre i kapittelet.

Artikkelen «Shared decision making» omhandler den måten kliniker og pasient samhandler, noe som øker forståelsen og innsikt for begge parter (Barry & Edgman-Levitan, 2012). Klinikeren forteller om ulike alternativer og forklarer fordeler og risiko med dette. Pasienten uttaler seg om sine preferanser og verdier. Som et resultat av dette vil da begge parter ha en bedre forståelse av relevante faktorer og deler ansvaret for veien videre. Denne måten å øke forståelse og innsikt på, kan være et verktøy for å adressere problemet som er forbundet til overdiagnostisering og overbehandling.

En av de største utfordringene med denne måten å samhandle på er å få dette som en rutine, det vil si å fortsette med den gode prosessen mellom kliniker og pasient. Forfatterne skriver om fordeler ved å involvere pasienter i avgjørelser som omhandler egen helse og forløp. Dette vil styrke pasientens deltakelse i et sykdomsforløp og bidra til en mer pasientsentrert praksis. Forfatteren beskriver også viktigheten av å spørre pasienten «Hva er viktig for deg?» i stedet for «Hva er galt med deg?» (Barry & Edgman-Levitan, 2012).

«Flipping healthcare: an essay by Maureen Bisognano and Dan Schummers» (Bisognano & Schummers, 2014). For 25 år siden ble kvalitet og sikkerhet rundt helsetjenesten sett på som en selvfølge. En gruppe mennesker møttes og gikk gjennom ulike spørsmål som handler om kvalitet i helsetjenesten. Ved å se til andre fagfelt og industrier kom de frem til at kvalitet måtte måles, rapporteres og forbedres. Nå er kvalitet og sikkerhet universelle prioriteringer innen helse- og omsorgssektoren. I essayet nevnes også forandringen til «Hva er viktig for deg?» i kombinasjon med «Hva feiler det deg?» som ble benyttet tidligere (Bisognano & Schummers, 2014).

Videre blir det i essayet beskrevet flere eksempler der den tradisjonelle måten å løse en utfordring på er snudd opp ned. I essayet blir det beskrevet to ulike eksempler der samhandling mellom flere aktører er noe som fører til at tjenestemottaker får et mer bevisst forhold til egen helse og hvordan de selv kan påvirke dette i positiv retning. Det handler da om at tjenestemottaker er mer informert, mer bevisst og engasjert i egen helse, noe som igjen fører til at belastningen på helse- og omsorgstjenestene blir mindre (Bisognano & Schummers, 2014)

Et annet eksempel i artikkelen er fra hjemmesykepleien i Nederland hvor organiseringen av tjenesten ble endret. Tidligere var tjenesten organisert ut ifra hva ledere oppfattet som effektivt, og gjennom et system som gikk på antall behandlingsoppgaver og betaling per time. Den nye modellen som ble tatt i bruk besto av små grupper med opptil 12 sykepleiere som hadde ansvar for hver sine regioner med 10000 eller flere innbyggere. Gruppens nærhet og hyppige interaksjon med innbyggerne førte til at de kan jobbe autonomt. Dette fjernet behovet for hierarki og ledelse. Prosjektet startet med 4 sykepleiere i 2006 til 8000 sykepleiere i 2014. Gruppen med sykepleiere stod for mer enn 60% av hjemmesykepleien i Nederland i 2014 og med en administrativ stab på 45 mennesker. Kort oppsummert ble tilfredsheten blant pasientene rapportert som høyest i landet, tilfredsheten blant de ansatte var høy og kost per pasient er 40% lavere enn andre hjemmetjenesteorganisasjoner i Nederland (Bisognano & Schummers, 2014).

2.1.2 Forskning som omhandler brukermedvirkning og samfunnsdeltakelse
Som følge av økt fokus på brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenestene, er det relevant å presentere et utvalg av forskning på området gjort i Norge.

«Brukermedvirkning i norsk eldreomsorgspolitik- Om utviklingen av retorikken om individuelt ansvar» (Christensen & Fluge, 2016). Forfatterne beskriver hvordan begrepet brukermedvirkning har utviklet seg til å omhandle at de eldre selv skal sørge for sine egne pleie- og omsorgsbehov med utgangspunkt i de ressursene som de selv innehar. Deres egne ressurser vil være avgjørende for hvilke omsorgstjenester de kan forvente i framtiden (Christensen & Fluge, 2016).

«Brukermedvirkning- fra politikk til praksis» er en artikkel som belyser brukermedvirkning. (Askheim, 2020) Forfatteren har undersøkt helsepersonell som tjenesteyter for ulike tjenester i kommunen (bakkebyråkratene) og hvordan brukermedvirkning er iverksatt blant de ansatte på bakkenivå og i praksis. I artikkelen kommer det frem at for tjenesteyter handler brukermedvirkning om å realisere sentrale verdier de har med seg gjennom sosialiseringen i yrkesrollen som respekt, relasjonsbygging og lydhørhet. Det oppleves som vanskelig å realisere dette på grunn av etiske dilemmaer mellom å ivareta brukeres ønsker og hva tjenesteytere ser på som faglig forsvarlig. Tjenesteytere opplever også at politiske styringssignaler og en strengere ressursituasjon gjør det vanskeligere å imøtekomme målene om medvirkning og deltagelse fra brukerne (Askheim, 2020).

Det finnes mye informasjon om brukermedvirkning i praksis og hvordan dette kan styrkes i kommunene og i tjenesteyting. Det finnes derimot mindre forskning om brukermedvirkning blant eldre som mottar hjemmesykepleie. Det er også gjort flere evalueringer etter at gode pasientforløp ble startet opp, med gode resultater i kommunene (FHI, 2016). Det finnes lite forskning som omhandler hvordan «Hva er viktig for deg?»-samtalen er ivaretatt i praksis i hjemmesykepleien.

3 Teoretisk rammeverk

Ulike teoretiske perspektiv skal være et bidrag for å svare på problemstillingen. Teori som presenteres i dette kapittel omhandler perspektiver som kan knyttes til problemstilling og forskningsspørsmål. Hjemmesykepleie er et tilbud til alle som har behov for nødvendig helsehjelp hjemme når alderdom, livssituasjon, svekket helse eller sykdom fører til et behov for hjelp i kortere eller et lengre perspektiv (Fjørtoft, 2016). Andres hjem blir helsepersonells arbeidssted, noe som gir en unik mulighet til å bli kjent, og danne en relasjon over tid. Samhandlingen i hjemmesykepleie mellom pasient og tjenestemottaker er gjerne mer uformell og personlig (Fjørtoft, 2016).

Ord fra problemstillingen som «i møtet med» og «ivaretar» kan relateres til teoretiske perspektiver som omhandler møter mellom mennesker og samhandling. Det vil også være relevant å bruke teori om brukermedvirkning da undersøkelsen handler om tjenestemottakere og tjenesteytere i hjemmesykepleien. Teoretiske perspektiver om medborgerskap vil være et nyttig bidrag for å finne ut om «Hva er viktig for deg?»- samtalen kan være et verktøy som bidrar til medborgerskap til de som mottar hjemmesykepleie.

3.1 Samhandling

Samhandling er vektlagt i helsepolitiske føringer og er noe som det legges stor vekt på i helse- og omsorgstjenestene som ytes. Det er nødvendig med samarbeid på tvers av de ulike tjenestenivåene for å skape gode helsetjenester og det krever gode løsninger. Dette gjelder også samarbeid innad mellom ulike tjenester og avdelinger i kommunene. Målet med samhandlingsreformen er å få til et bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Samhandlingsreformen skal sikre en helse- og omsorgstjeneste som ivaretar både pasientens behov for koordinerte tjenester og de økonomiske utfordringene som er i samfunnet. Samhandling blir beskrevet som et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (Meld.St.47 (2008-2009), s. 14).

Samhandlingsreformen understreker viktigheten av at pasientene skal få rett hjelp på rett sted til rett tid.

En forutsetning for å kunne møte pasientenes behov er god samhandling. Tjenesten som ytes skal være helhetlig, samordnet og preget av kontinuitet. Samhandlingen må ta utgangspunkt i pasientenes ønsker og situasjon. Hjemmesykepleien skal løse oppgaver som krever samhandling mellom flere ulike aktører. Dette gjelder både samhandling med aktører innad i kommunen og samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Hjemmetjenesten er en kompleks organisasjon når mange ulike aktører skal samhandle med hverandre (Holm & Wiik, 2020, s. 31).

Helsepersonell i hjemmesykepleien må samarbeide med flere ulike instanser for å kunne gi en god og forsvarlig helsehjelp. De viktigste samarbeidspartnerne er pasient og pårørende. Uansett hvilket mål samhandlingen har, handler dette aller mest om kommunikasjon og relasjoner. I hjemmesykepleien er som regel besøket i hjemmet til tjenestemottaker og målet med besøket er konkrete oppgaver som skal utføres av helsepersonellet. Den gode samtalen er for mange gjerne viktigere enn hjelpen som er fattet i et vedtak, men som det ikke blir satt av tid til. En samtale kan være til god hjelp til å bli kjent og få kontakt. Den kan gi mulighet til å bli sett og hørt, dele tanker og følelser. Den kan også gi pasienten mulighet til å få dele noe av sin livshistorie (Fjørtoft, 2016, s. 198).

Wyller (2011) beskriver hvordan profesjonsetikken må legge til rette for å gjøre statusen som borger i samfunnet mer romslig og mer formet av de ulike livsformene som hvert enkelt menneske har (Wyller, 2011). Som profesjonell i hjemmesykepleien er møtene mellom mennesker viktig, det skjer noe i møtet med den andre. Den måten som tjenesteyter tilnærmer seg tjenestemottaker på spiller en vesentlig rolle og påvirker møtet dem imellom. Profesjonsetiske refleksjoner og praksis spiller en viktig rolle når det handler om utviklingen av medborgerskapet til mennesker i samfunnet. Profesjonsetikken og profesjonell praksis kan være med på å forme og styre holdninger og mønstre som fremmer andre menneskers livssituasjon og som sikrer medborgerskap, og spesielt for mennesker som er i en sårbar og vanskelig livssituasjon (Wyller, 2011). Det handler også om at tjenesteyter i hjemmesykepleien som profesjonell, med sine erfaringer, verdier og holdninger kan være påvirket av andres holdninger. Dette kan videre være en faktor som både fremmer og hemmer praksiser som fører til deltakelse og medborgerskap. Å gjøre statusen som borger mer romslig handler også om å godta at vi som mennesker er ulike med ulike behov.

3.1.1 Samproduksjon

Samskapning eller samproduksjon kan ses på som en spesiell form for partnerskap.

Samarbeidet mellom brukere av velferdstjenester og de som utfører tjenestene står sentralt (Christensen & Fluge, 2016). I møtet med den som har behov for hjemmesykepleie vil det i flere sammenhenger være behov for et tett samarbeid med pårørende (Fjørtoft, 2016). I noen tilfeller er også familie og venner et viktig bidrag og til hjelp slik at tjenestemottaker kan få bo lenger hjemme.

I utviklingen av samfunnets og fremtidens velferdstjenester er samproduksjon (co-production) fremstilt som et grunnleggende virkemiddel. Det er blitt viktig å sette søkelys på samspill, samarbeid og partnerskap mellom tjenesteyterne og tjenestemottakerne. Frivillige organisasjoner, familie, andre nettverk og sivilsamfunn spiller også en viktig rolle for å sikre samproduksjon. Som følge av dette vil tjenestene bli mer demokratiske. Det kan i praksis forstås som at tjenestemottakers kompetanse sammenlignet med tjenesteyter blir anerkjent og verdsatt. På samme måte blir ressurser tilknyttet familie, nettverk og frivillige organisasjoner anerkjent (Askheim, 2016). I hjemmesykepleien er samproduksjon også et viktig element for å kunne tilby gode tjenester og tiltak som kan bidra til at bruker kan bo hjemme så lenge som mulig.

Et ønsket resultat med samproduksjon er å få bedre og høyere kvalitet på tjenestene. Det er også et økonomisk perspektiv bak samproduksjonstanken. Nye måter å samhandle mellom aktører på, og organisere tjenestene vil kunne sikre velferdsstaten fra å bryte sammen og opprettholde sin bærekraft (Askheim, 2016). Samskapning eller samproduksjon har i de senere år blitt knyttet til begrepet brukermedvirkning (Christensen & Fluge, 2016).

3.2 Brukermedvirkning

Reformen «Leve hele livet» er en reform for de eldre i samfunnet. Det viktigste spørsmålet i reformen er «Hva er viktig for deg?». Det skal blant annet invitere til aktivitet og deltakelse og gi bistand til å selv kunne mestre hverdagen tross funksjonstap og sykdom (Meld.St.15 (2017-2018)). I Meld.St.15 er det beskrevet at det er mangel på individrettet og personsentrert omsorg i helsetjenestene til eldre mennesker. Tjenesten som tildeles skjer uten at tjenestemottaker sine behov, ressurser og ønsker er tilstrekkelig kartlagt. De aller fleste ønsker å kunne være med i avgjørelser som gjelder seg selv (Meld.St.15 (2017-2018)).

Prinsippet om brukermedvirkning bygger på grunnleggende menneskerettigheter. Rett til autonomi, rett til informert samtykke i behandlinger og rett til respekt for personlig integritet. Hvert enkelt menneske har rett til å bestemme over eget liv og bli respektert for det. Brukermedvirkning er understreket i lover, offentlige meldinger og forskrifter som en rettighet og som en ideologi (Fjørtoft, 2016). Pasientens rett til medvirkning og informasjon er lovpålagt og er beskrevet nærmere i Pasient og brukerrettighetsloven kapittel 3 § 3-1. Det blir også beskrevet i loven at tjenestetilbudet skal så langt så mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker (Helse og omsorgsdepartementet, 2001). I helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 3 §3-10 står det at kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven her, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukers erfaringer og synspunkter (Helse og omsorgsdepartementet, 2011).

Myhra (2012) beskriver brukermedvirkning på individ og systemnivå. Brukermedvirkning på individnivå handler om brukerens mulighet til å ha innflytelse på det tilbudet som han eller hun skal motta og har behov for. I den aktive tjenesten som utøves i hjemmesykepleien mellom tjenestemottaker og tjenesteutøver vil brukermedvirkning skje på individnivå. Myhra skriver også at brukermedvirkning på individnivå setter søkelys på ansikt til ansikt møtene (Myhra, 2012).

«Reell brukermedvirkning gir verdighet til enkeltmennesket og åpner for likeverd på tross av ulikhet» (Myhra, 2012, s. 68). Implementering av brukermedvirkning skjer ofte i et spenningsfelt mellom tid, ressurser og målsettinger. Tjenesteyter har et stort ansvar for å tilrettelegge for brukermedvirkning i møtet med tjenestemottaker. Relasjonen og tilnærmingen bør bære preg av respekt og anerkjennelse. Tjenestemottaker må alltid være utgangspunktet i relasjonen mellom de to. Dette vil bidra til gode tjenester (Myhra, 2012).

Brukermedvirkning er både en strategi og en verdi i helsetjenesten. Fjørtoft (2016) skriver at brukermedvirkning fører til endringer i roller og ansvar og får konsekvenser for helsepersonellens rolle. Det krever også tilrettelegging av helsetjenester der brukeren sitt perspektiv skal være ivaretatt og inkludert, både i tjenesteutøvelsen, men også i forhold til planlegging av tjenesten (Fjørtoft, 2016, s. 127).

Artikkelen «Brukermedvirkning- fra politikk til praksis» handler om hvordan og i hvilken grad man finner de politiske målformuleringene om brukermedvirkning i praksisutøvelsen på bakkeplanet (Askheim, 2020). I artikkelen blir tjenesteytere som er i direkte kontakt med brukerne beskrevet som sentrale politiske aktører «bakkebyråkrater». De er en del av en byråkratisk struktur og organisasjon som er med på å legge føringer og som stiller forventinger til dem.

Det kommer frem i artikkelen at for de ansatte handler brukermedvirkning om å realisere sentrale verdier som de har med seg gjennom sosialiseringen i yrkesrollen som respekt, empati og relasjonsbygging (Askheim, 2020).

To faktorer påvirker muligheten for å realisere brukermedvirkning fra brukerne. Den ene faktoren blir beskrevet som spenningen mellom brukerens perspektiv og et faglig brukerperspektiv. Dette handler om brukerens ønsker, og hva fagpersonene vurderer som det beste for dem. Den andre faktoren som også fremstår som et hovedhinder for å realisere brukermedvirkning er de organisatoriske og ressursmessige rammene som de ansatte må forholde seg til (Askheim, 2020).

3.3 Medborgerskap

“Medborgerskap bygger på prinsippet om at alle individer er fullverdige samfunnsmedlemmer. Hver enkelt har et sett av sivile, politiske og sosiale rettigheter som sikrer dem en likeverdig status og like muligheter for å delta i alle sider av samfunnslivet” (NOU 2016:17, 2016, s. 167).

Medborgerskap som en sivil rettighet kan forstås som rettigheter som er nødvendige for individuell frihet, men også for å beskytte mot overgrep fra det offentlige. Det politiske elementet handler om å kunne delta i utøvingen av politisk makt og deltakelse i demokratiske prosesser i samfunnet. Medborgerskap som sosiale rettigheter omhandler borgerens rettigheter som sikrer sosial trygghet. Dette tar utgangspunkt i prinsippet om velferd for alle. Sosiale rettigheter gjør et menneske i stand til å delta i samfunnet og det er ofte en forutsetning for å kunne oppnå de sivile og de politiske rettighetene som man har i et samfunn (Bergem, 2012).

Dersom alle mennesker skal ha mulighet til å utøve sitt medborgerskap må det tas utgangspunkt i universell tilrettelegging eller tilgjengelighet, deretter individuell tilrettelegging og individuelle ressurser. På den måten øker mulighetene til å kunne delta i samfunnet. Medborgerskap handler om å legge til rette for å blant annet utvikle mennesket og samfunnet. Enkeltindividet, men også samfunnet er relevante aktører i denne sammenhengen. Medborgerskap må være et ønsket resultat av tjenestene som ytes (Bergem, 2012, s. 37). Hjemmesykepleien som aktør kan være en viktig bidragsyter for hver enkel tjenestemottaker i forhold til medborgerskap. Det kan være tiltak som retter seg mot flere muligheter og bedre tilgjengelighet for pasienten i hverdagen.

Det finnes mye litteratur om medborgerskap der borgerne er politiske agenter i samfunnet. Neveu fremstiller det ordinære medborgerskap hvor borgeren gjennom ulike dagligdagse handlinger praktiserer sitt medborgerskap (Neveu 2014 i Boje, 2017, s. 203). Den vanligste formen for medborgerskapsaktivitet praktiseres i diskrete former gjennom hverdagen og gjennom det levde liv. Den enkelte borger er aktiv i en lang rekke sammenhenger som ikke nødvendigvis har en karakter som er av politisk praksis. Borgeren har omsorg for familien sin og sine naboer og gjerne som deltaker i det politiske liv som hele tiden skjer i lokalsamfunnet (Boje, 2017). Det ordinære dagligdagse medborgerskapet er den mest grunnleggende formen for utøvelse av medborgerskap og sikrer borgeren inklusjon i samfunnet gjennom familie og naboskapsrelasjoner (Boje, 2017). Denne formen for medborgerskap kan også relateres til de pasienter som mottar hjemmesykepleie. Gjennom deltakelse i lokalsamfunn, samspill med familie og venner og aktiviteter i hverdagen sikres inklusjon og medborgerskap.

Pols (2016) skriver at et relasjonelt medborgerskap omhandler «living successfully with others». Oppmerksomheten flyttes da mot de relasjoner som er med på å forme medborgerskap og gjør det mulig å opptre som borger (Pols i Ursin, 2017, s. 438).

Strømsnes (2003) skriver om deltakelse i det store og det lille demokratiet. Dette forklares med at man flytter deltakelse fra det å påvirke samfunnet til å påvirke egen livssituasjon (Strømsnes, 2003, s. 123). Hun henviser til Henrik Bang og Eva Sørensen (1997:1999) som kaller dette for «hverdagsmakeri». Dette handler om å delta i konkrete prosjekter som påvirker eget liv, uten å være spesielt opptatt av politikk (Strømsnes, 2003). Bang og Sørensen beskriver videre at «hverdagsmakeriet» kan ses på som en tredje vei mellom den

passive borgerrollen og den heltidsengasjerte politikerrollen (Strømsnes, 2003).

«Hverdagsmakeriet» kan også forstås som tjenestemottakers deltakelse og påvirkning i egen livssituasjon. For eksempel i utforming av den helsetjenesten som ytes. Det kan også forstås som deltakelse og påvirkning av de aktiviteter som han eller hun er engasjert i uten å være særlig opptatt av politikk.

3.3.1 Verdighet

Den amerikanske filosofen Martha Nussbaum har utviklet en rettferdighetsteori. Denne inkluderer rettferdighet for mennesker med funksjonsnedsettelse. Nussbaum sin teori om rettferdighet tar hensyn til at variasjoner i funksjonsevne hører til menneskelivet. Hennes forslag til politiske myndigheter handler om hvordan myndighetene kan ivareta mennesker som er kroppslig sårbare og hvordan de kan legge til rette for deltakelse og inkludering. Teorien kalles «Capabilities approach», og kan oversettes til mulighetsbetingelser. Hun har formulert ti muligheter som hvert menneske skal kunne ha for å leve et liv med den verdigheten som hører til hvert enkelt menneske. Dette handler om hva hvert enkeltmenneske har mulighet til å gjøre og å være og ikke til hva et menneske evner. Selv om evnene ikke er til stede i et liv skal alle kunne ha mulighetene (Lid, 2017).

Mange av de som mottar hjemmesykepleie har et sammensatt sykdomsbilde med flere utfordringer og funksjonsnedsettelse. Nussbaum er opptatt av at det er samfunnets ansvar å legge til rette for mennesker med funksjonsnedsettelse. Hun mener at mennesker med funksjonsnedsettelse opplever stigmatiserende utestengelse fra felleskap og er vanskeligere stilt (Lid, 2017). Gjennom samfunnets tilrettelegging ved å fokusere på inkludering og mulighet for deltakelse på like premisser for alle mennesker i et samfunn (Lid, 2017).

Medborgerskap er den verdigheten som det moderne samfunnet tilkjenner et flertall av sine innbyggere (Wyller, 2011, s. 60). Profesjonsetikken kan være et viktig bidrag i praksiser for å fremme medborgerskap (Wyller, 2011). Holdninger og praksiser som hver enkelt bærer med seg påvirker møtet eller relasjonen som oppstår mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Dersom man kan skape mønster og holdninger som legger til rette for alle mennesker er like mye verdt og med ulike behov vil man kunne se hvert enkelt menneske som unikt og til og med kanskje kunne oppdage nye sider som man ikke hadde kjennskap til fra før (Wyller, 2011).

4 Undersøkelsens design

I dette kapittelet blir undersøkelsens vitenskapsteoretiske perspektiv presentert, og det vil bli redegjort for valg av metode. Videre presenteres datainnsamling og fremgangsmåte, utvalg av informanter, rekruttering, analysestrategi og til slutt metodiske refleksjoner.

4.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt

Fenomenet «Hva er viktig for deg?» er utgangspunktet for denne undersøkelsen. Det vil derfor være relevant å henvende seg til fenomenologien da søken etter gruppedeltakers erfaringer og meninger om et fenomen er sentralt i en fenomenologisk tilnærming. Fenomenologi betyr vitenskap om fenomenene, og ønsker å vende seg mot saken selv (Zahavi, 2014). Fenomenologiens utgangspunkt er i den subjektive opplevelsen og den søker å oppnå en forståelse av den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer (Thagaard, 2013, s. 40). En fenomenologisk tilnærming i kvalitativt design handler om å utforske og beskrive mennesker og deres erfaringer med og forståelse av et fenomen. Det handler om å studere verden slik folk oppfatter den. Et fenomen oppfattes på ulike måter ut ifra interesser, forståelse og bakgrunn (Kvale & Brinkmann, 2015).

Når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra intervjupersonens egne perspektiver kan et semistrukturert livsverdensintervju benyttes. Denne formen for intervju kan samle inn beskrivelser fra intervjupersonens livsverden og fortolkninger av meningen med fenomenene som blir beskrevet (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuet kan ligne på en samtale i dagliglivet og gjennomføres med en intervjuguide som inneholder temaer. (se vedlegg 8.1.).

Fenomenologi er opptatt av å illustrere hvordan mennesker opplever fenomener i sin livsverden. Hermeneutikken er interessert i fortolkning av mening (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 33). Fortolkning handler om å forsøke å forstå mening (Halkier, 2016). «Hermeneutikken bygger på prinsippet om at mening bare kan forstås i lys av den sammenheng det vi studerer, er en del av» (Thagaard, 2013, s. 41). Hermeneutikken har med tiden også fått betydning innenfor ulike former for kulturytringer som for eksempel handling, samhandling, muntlig tale, sosiale institusjoner og kulturelle forestillinger (Thornquist, 2018). Hans-Georg Gadamer sin forståelse av hermeneutikk er sentral innenfor moderne filosofi. Gadamer var opptatt av å beskrive det fenomenet som vi kaller menneskelig forståelse. Menneskelig forståelse er noe som Gadamer anser som et grunntrekk ved det å være menneske (Krogh,

2014). To viktige begreper innenfor Gadamer hermeneutikk er fordommer og forforståelse. «Enhver forståelse forutsetter en annen, forutgående forståelse». Gadamer kaller en slik forutgående forståelse «fordom» (Krogh, 2014, s. 49). Fordommer er ifølge Gadamer positive forutsetninger for forståelse. Vår egen kultur og tid vil være forutsetninger for å kunne forstå fortiden. Tidligere hendelser, handlemåter og tanker lever videre og er del av den konteksten vi handler og tenker innenfor i dag (Krogh, 2014).

Våre fordommer eller forforståelse utgjør ifølge Gadamer en helhet som han kaller for forståelseshorisont. Forståelseshorisonten endres og utvides kontinuerlig (Krogh, 2014). I klassisk hermeneutikk betegner begrepet den hermeneutiske spiral hvordan forståelsen utvikler seg gjennom stadig bevegelse frem og tilbake mellom helhet og del (Thomassen, 2006). Det vi si at hver gang vi forstår en del av virkeligheten påvirkes dette av helheten. Den nye forståelsen gir mulighet til å forstå enkeltdelene bedre som igjen påvirker helhetsforståelsen (Thornquist, 2018).

Kvalitative metoder bygger på teorier om fortolkning og menneskelig erfaring (Sverdrup, 2020, s. 59). Vår forforståelse gjennomgår også en utvikling når man utvider vår forståelsesverden og forstår ting på nye måter (Thornquist, 2018). Under fokusgruppeintervjuet vil både jeg og informantene møtes med ulike fordommer eller forforståelse. For helsepersonell vil egne og ulike erfaringer og forståelser påvirke den måten man forstår andre på. Ulike erfaringer fra praksisfeltet møtes og diskuteres og vil være påvirket av hver enkelt sin forforståelse. Som prosjektleder i møtet med informanter i et fokusgruppeintervju vil vi sammen og for oss selv kunne få ny kunnskap ved å få en ny og bedre forståelse som følge av denne erfaringsutvekslingen. Som gruppe møtes vi med ulike forutsetninger og forståelseshorisont, men med en ny forståelse. Det vil gi både meg og informantene en mulighet til en annen helhetsforståelse. I analysen av funn fra undersøkelsen vil jeg med min forforståelse møte andres forståelse som igjen preger min nye forståelse.

4.1.1 Forforståelse

A good strong positionality statement will typically include a description of researchers lenses, potential influences on the research, the researcher`s chosen or pre-determined position about the participants in the project, the research-project context and an explanation as to how, where, when and in what way these might, may or have influences the research prosess. (Holmes, 2020, s. 4)

Jeg har jobbet som sykepleier i hjemmesykepleien i over 13 år og har mye erfaring og kunnskap som kan prege min forforståelse og arbeidsprosess. Som fagsykepleier har jeg også en del kunnskap om hvordan «Hva er viktig for deg?»-samtalen ivaretas ved mitt arbeidssted. De fleste kollegaene mine er kvinner, spredt i alder og med ulik bakgrunn og erfaring. Som mennesker jobber vi ulikt og løser derfor nye oppgaver og utfordringer på forskjellige måter. Jeg har god kjennskap til de tema som undersøkes og det vil kunne gi grunnlag for gjenkjennelse og bli et utgangspunkt for den forståelsen som jeg etter hvert kommer frem til (Thagaard, 2013).

Å kjenne til det miljøet som undersøkes har både fordeler og ulemper. I fokusgruppeintervjuene vil jeg med stor sannsynlighet møte flest kvinner med ulike erfaring og kunnskap. Som prosjektleder vil jeg relatere meg til deres arbeidssituasjon. En utfordring blir å passe på og gjøre synlig hvordan mine erfaringer og forståelser preger arbeidsprosessen.

Jeg kjenner også til den overordnede strukturen i kommunen som undersøkes. Oppgavefordeling og struktur innad i avdelingene vil allikevel være preget av avdelingsleders egenskaper, kunnskap og ferdigheter. «Språket» og «fortellinger» som erfares vil også være gjenkjennbart og forståelig. Jeg møter mennesker som er i samme situasjon som meg, men gjerne med en annen erfaring i forhold til det som undersøkes.

Det kan være vanskelig å oppdage forhold, tenkemåter og talemåter underveis i fokusgruppeintervjuene. Dette er noe som jeg hele tiden må tenke over slik at det ikke får prege analysen og resultatene. Det er derfor spesielt viktig som prosjektleder å forsøke å studere egen kultur i et nytt perspektiv og med andre øyne (Thagaard, 2013). Det kan også være utfordrende å presentere og drøfte funn dersom det ikke er av positiv karakter. Som følge av dette skal jeg forholde meg nøytral og sørge for at de funn som blir presentert er lagt frem ærlig og åpent.

4.2 Metode

I følge Thagaard (2013) inneholder forskningsdesign den faglige konteksten for en beskrivelse av undersøkelsens hvem, hva, hvor og hvordan. I kvalitative studier er det viktig at prosjektets design gir grunnlag for fleksibilitet (Thagaard, 2013).

Tematikken i undersøkelsen handler i stor grad om menneskelig erfaring, og for å finne svar på problemstillingen vil undersøkelsen ha en kvalitativ tilnærming. En kvalitativ tilnærming kan gi dybdekunnskap og større forståelse av få enheter. Det kvalitative forskningsintervju kan beskrives som en samtale med en struktur og et formål som egner seg når det er et ønske å studere meninger, holdninger og erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2015). Å benytte kvalitativ metode kan gi fylldige beskrivelser og nærhet til de som deltar i undersøkelsen og kunne belyse problemstillingen fra ulike sider (Johannessen et al., 2016).

4.2.1 Fokusgruppeintervju

Fokusgrupper er en forskningsmetode der data produseres via gruppeinteraksjon rundt et emne som forskeren har bestemt. Denne kombinasjonen gjør metoden velegnet til å produsere empiriske data, som sier noe om meningsdannelse i grupper (Halkier, 2016, s. 10). Fokusgruppens styrke er at de er gode til å produsere data om sosiale gruppers fortolkninger, interaksjoner og normer. I alle sosiale kontekster skjer det en meningsdannelse som er en del av menneskets sosiale aktivitet og erfaring (Halkier, 2016)

Ved å gjennomføre gruppeintervju vil en kunne få gode og beskrivende data om helsepersonells erfaringer og opplevelser. De ulike deltakerne vil gi respons og tilbakemelding til hverandre og som videre kan utdype både diskusjonen, men også gi noe nytt til undersøkelsen (Thagaard, 2013). Fokusgruppeintervjuet kjennetegnes av en ikke styrende intervjustil der det er viktigst å få frem ulike synspunkter om det aktuelle emnet som er fokus i gruppen. Det er ikke et mål å komme til en enighet i gruppen, men å få frem ulike synspunkter og sosiale konstruksjoner i diskursen (Kvale & Brinkmann, 2015).

Vanligvis fungerer prosjektleder som moderator i fokusgrupper. Moderator skal få deltakerne til å snakke sammen og håndtere den sosiale dynamikken i gruppen. Det viktigste for moderatoren er å sørge for å muliggjøre den sosiale interaksjonen i gruppen og ikke kontrollere den. Moderator skal også sørge for at gruppen holder seg til emnet og lytte til det som blir fortalt (Halkier, 2016).

Jeg var moderator i fokusgruppene og valgte å ha med meg observatør på alle fokusgruppeintervjuene. Det opplevdes som en trygghet for meg i intervjusituasjonene. Observatøren fikk i oppgave å passe på tiden, sørge for at det ikke ble glemt noe i intervjuguiden og skrev nyttige notater for meg underveis. Observatørens notater ble gjennomgått flere ganger, både etter intervjuene og etter transkribering, for å være sikker på at alle viktige poeng eller mulige tema ikke var uteblitt.

Å transkribere betyr å transformere og er en fortolkningsprosess der ulikhetene mellom skrevne tekster og talespråk kan skape praktiske og prinsipielle problemer. Ved å transkribere blir den samtalen som er mellom deltakerne i fokusgruppeintervjuet og meg som moderator endret til skriftlig form. Det er en oversettelse fra et muntlig til et skriftlig språk (Kvale & Brinkmann, 2015). Hovedpoenget med transkribering av fokusgrupper er å sørge for å få med mest mulig muntlig tale med i transkriberingen. Uferdige setninger og korte uttrykk skal også være med (Halkier, 2016)

Alle fokusgruppeintervjuene ble tatt opp på lydbånd. Jeg transkriberte alle opptak selv etter hvert intervju. Fordelen med å transkribere samme dag og i dagene etterpå gjorde at jeg kunne se for meg hvem som hadde sagt hva og hvordan samtalene ble kommunisert og uttrykt. Jeg valgte også å skrive ned mine egne inntrykk og opplevelser etter hvert intervju, samt reflektere over hva som kunne endres på slik at neste intervju ble enda bedre gjennomført.

Etter å ha lyttet til det første intervjuet valgte jeg i de resterende fokusgruppeintervjuene å flytte lydbåndopptakeren til et annet sted på bordet da opptakeren ikke fanget opp alt som ble sagt like godt. Dette gjorde at de to andre intervjuene hadde god lyd kvalitet og gjorde transkriberingen noe enklere. Totalt fikk jeg til sammen 46 sider med transkribert tekst.

4.2.2 Intervjuguide

Det blir i litteraturen beskrevet tre modeller relatert til fokusgrupper. En løs modell, en stram modell og en traktmodell. I denne undersøkelsen ble det benyttet en kombinasjon av den løse og den stramme modellen som betyr at jeg startet åpent og avsluttet mer strukturert. Fordelen med dette er at jeg fikk plass til deltakernes perspektiver og interaksjon med hverandre og samtidig belyst egne aktuelle temaer (Halkier, 2016). Traktmodellen legger opp til at fokusgruppeintervjuet starter med noen åpne og beskrivende spørsmål, deretter noen spesifikke spørsmål og oppfølgingsspørsmål.

Intervjuguiden som ble laget til fokusgruppene ble delt opp i hovedtemaer, med tilhørende spørsmål som skulle være med på å gi svar på oppgavens problemstilling (Halkier, 2016). Intervjuguiden som ble benyttet i fokusgruppeintervjuene hadde 4 hovedtema. De var: erfaringer, ansvar og fordeling, fremmer/hemmer og medborgerskap. Emnene i intervjuguiden ble kun presentert i innledningen av intervjuene. Da emnet medborgerskap kunne være ukjent for informantene valgte jeg å ikke å nevne dette temaet i selve intervjuet, men relaterte det til spørsmål som handler om mulighet til å påvirke tjenesten/deltakelse for tjenestemottaker.

Jeg valgte å lage to intervjuguides da informantene var både avdelingsledere og helsepersonell. Innholdet var omtrent det samme, men med noen spørsmål som ble formulert annerledes i den ene guiden. Intervjuguiden til helsepersonell ble laget ferdig først og med utgangspunkt i denne, endret jeg på noen spørsmål i intervjuguiden til avdelingslederne. I denne var det noen spørsmål som omhandlet organisatoriske faktorer og forventninger til sine ansatte. Det var også spørsmål om hvordan avdelingslederne tilrettelegger for mulighet til å gjennomføre «Hva er viktig for deg?»- samtalen. Jeg ønsket å få frem ansvarsfordeling og hvordan samtalen påvirker organisasjonen, noe som avdelingslederne gjerne bedre kan gi et godt svar på.

I intervjuguiden til helsepersonell var det flere av de samme spørsmålene, men mer om «Hva er viktig for deg?»- samtalen i praksis. Helsepersonell jobber tettere på pasienter og har gjerne mer kunnskap og erfaringer som omhandler dette. Det ble også i denne formulert spørsmål som omhandler helsepersonells forventninger til sin avdelingsleder.

I intervjuguiden ble spørsmålene formulert på en kort og enkel måte (Johannessen et al., 2016). I arbeidet med å lage intervjuguide var det viktig å formulere spørsmål som kunne skape refleksjon og mulighet til å fortelle om erfaringer. Det skulle også inkludere spørsmål som ikke var preget av mine egne erfaringer og forforståelser. Jeg opplevde å ha god hjelp av intervjuguiden under intervjuene og det var rom for andre tema underveis. Jeg hadde også notert ned noen oppfølgingsspørsmål eller hjelpeord dersom samtalen ikke skulle flyte like godt. I slutten av intervjuene fikk informantene mulighet til å stille spørsmål, både til meg, men også til de andre informantene. I et av intervjuene erfarte jeg at informantene på tvers av avdelingene stilte hverandre spørsmål og fikk dele sine erfaringer. (se vedlegg 8.1.).

4.2.3 Intervjusituasjonen

Alle intervjuene ble gjennomført et sted som er kjent for alle informantene. Tidspunkt og oppmøtested ble sendt ut på e-post. Jeg valgte å ikke sende e-post med påminnelse da det i utgangspunktet var vanskelig å få tak i informanter og for å unngå unødvendig støy. Rommet som ble brukt under fokusgruppeintervjuene var lyst og stort, og alle informantene hadde god plass rundt seg. De som kjente hverandre fra før av satte seg ved siden av hverandre. Alle informanter fikk hver sin navnelapp som de skrev navnet sitt på og som gjorde det mulig å se hverandre sine navn.

En god introduksjon er avgjørende for å få til et vellykket fokusgruppeintervju (Halkier, 2016). Før lydbandopptakeren ble satt på fikk alle presentere seg med navn og arbeidssted. Intervjuene ble startet med en presentasjon av meg selv med kort informasjon om hvor jeg jobber selv, om undersøkelsen og formålet med den, samt etiske perspektiver og eventuelle konsekvenser ved deltakelse. Observatør fikk også presentert seg selv og sin rolle før intervjuene startet. Observatør laget også kart over hvem som satt hvor i rommet. Det første intervjuet hadde en lengde på 60 min, de to neste på ca. 30 min. Et intervju ble gjennomført på formiddag, de to andre gruppene på ettermiddag, men i god tid før arbeidsdagen opprinnelig sluttet.

Generelt sett opplevde jeg at stemningen var god under alle intervjuene. Jeg erfarte at det første intervjuet var preget av spenning og redsel for min del, men fikk tilbakemelding fra informantene om at det hadde vært en fin stund sammen. I det første intervjuet kjente informantene til hverandre fra før av. Noe som kanskje var et positivt bidrag for å produsere data til undersøkelsen. Alle informantene snakket åpent og lett sammen med hverandre og delte flere erfaringer som skapte gode diskusjoner.

Den andre fokusgruppeintervjuet ble ikke samme erfaring som ved det første. 2 av 5 informanter møtte ikke opp. Før intervjuet startet tok jeg kontakt med min avdelingsleder som skulle ta kontakt videre for å finne ut hva som hadde skjedd. Jeg ble oppmuntret til å finne en avdelingsleder på bygget der vi hadde intervjuene for å sjekke om det var noen andre fra en avdeling som kunne delta. Det var to stykker som var positive til å delta og intervjuet kunne starte, noe forsinket. Dette preget naturlig nok intervjuet, men mest sannsynligvis meg mer enn informantene. Stemningen i dette intervjuet var god, men som prosjektansvarlig kjente jeg en del på at de to informantene hadde blitt kastet inn i et

intervju uten mulighet til å sette seg mer inn i undersøkelsen, slik som de andre hadde hatt mulighet til. I slutten av dette intervjuet møtte det opp 3 nye informanter som var blitt rekruttert av en annen avdelingsleder i en annen sone. Observatør foreslo å gjøre ferdig intervjuet og gjennomføre et tredje intervju etterpå. De tre som møtte opp hadde ingen kjennskap til min undersøkelse, og var blitt sendt uten å vite helt hva de skulle være med på. Det tredje intervjuet ble også da litt annerledes enn det som var tenkt, men det fungerte greit med 3 informanter i en gruppe også. Oppsummert opplevde jeg hele prosessen som lærerik. Jeg hadde en tanke om at selve intervjuene skulle være svært vanskelig å få til, men erfaringen var at det ble enklere etter hvert intervju som ble gjennomført.

4.3 Utvalg og antall informanter som inngår i studien

For å kunne belyse problemstillingen fra flere sider må forskeren først finne ut hvilken målgruppe som kan gi god og fyldig data. Deretter må forskeren velge ut personer fra målgruppen som skal delta (Kvale & Brinkmann, 2015). Antall personer som deltar avhenger av formålet med undersøkelsen. Utvalget bør være stort nok til at man kan belyse problemstillingen og det må derfor gjennomføres et strategisk utvalg. Et strategisk utvalg vil si at forskeren velger informanter som har kvalifikasjoner eller egenskaper som er strategiske i forhold til undersøkelsens teoretiske perspektiver og problemstillingen (Thagaard, 2013). Det betyr at de personene som inngår i et strategisk utvalg har kvalifikasjoner som kan være med på å gi svar på problemstilling og forskningsspørsmål. Gruppesammensetning er også relevant å tenke over før undersøkelsen gjennomføres (Halkier, 2016).

Hjemmesykepleien i den aktuelle kommunen er delt inn i ulike soner med tilhørende avdelinger. Jeg ønsket å intervju avdelingsledere, sykepleiere og helsefagarbeidere fra ulike avdelinger da det er denne gruppen med helsepersonell i hjemmetjenesten som samhandler tettest med pasientene. Avdelingslederne representerer i tillegg til selve organisasjonen også egne erfaringer relatert til praksis.

For å kunne innhente rikelig med data fra ulike perspektiver satte jeg kriteriet om at alle informanter skulle være ansatt i minst 80% stilling i avdelingene. Informantene måtte være utdannet sykepleier eller helsefagarbeider. For å kunne innhente data fra ulike perspektiver ble det derfor et fokusgruppeintervju med avdelingsledere og to fokusgruppeintervju med sykepleiere og helsefagarbeidere. Å blande helsepersonell med avdelingsledere kan føre til

at det for noen kan være vanskelig å uttale seg. Det kunne også gi meg som prosjektleder verdifull data som kan brukes til å eventuelt sammenligne ulike forhold eller erfaringer som kommer frem. Jeg valgte å ha med alder og kjønn i informasjonsskrivet, men har ikke benyttet dette til noe videre i undersøkelsen.

Bakgrunnsopplysninger om informanter i utvalget fordeles slik:

Kjønn: 12 kvinner og 1 mann.

Alder varierte fra 25 år til 59 år.

4.3.1 Rekruttering

Å rekruttere deltakere som du kjenner fra før av er ikke anbefalt. Jeg har derfor ikke inkludert sykepleier/helsefagarbeider fra min avdeling i innhenting av data. Jeg rekrutterte informanter i samarbeid med min avdelingsleder. Avdelingsleder informerte andre avdelingsledere om undersøkelsen og ba de om å dele informasjonen videre til sine ansatte. Alle avdelingslederne var positive til undersøkelsen. Jeg fikk videre utskrevet et papir med alle ansatte i de ulike avdelingene. På dette papiret var det kun informasjon med navn, utdanning og stillingsstørrelse til de ansatte. Ut ifra dette gjennomførte jeg et strategisk utvalg som da inneholdt en liste med aktuelle informanter som oppfylte utvalgets kriterier som var helsefagarbeider eller sykepleier i minst 80% stilling. Videre trakk avdelingsleder lapper med navn der jeg kontaktet de aktuelle informantene på e-post. Det ble sendt et skriv til de aktuelle informantene sammen med informasjon om når fokusgruppeintervjuene skulle være med svarfrist slik at jeg kunne planlegge intervjuene. Det var flere aktuelle kandidater som ikke gav respons på e-post, noe som gjorde at rekrutteringen tok lengre tid enn først planlagt. (se vedlegg 8.2.)

4.3.2 Gruppesammensetning

Halkier (2016) skriver at antall deltakere i en fokusgruppe har mye å si. Du må velge gruppens størrelse ut i fra det som passer best med emnet og de former for interaksjon som du er særlig interessert i (Halkier, 2016). Det kommer frem i litteraturen at grupper på 3-4 deltakere er like suksessfulle som grupper på 10-12 (Halkier, 2016). En gruppe på 5-6 deltakere har flere positive sider. Det er enklere å fylle en liten gruppe. I en liten gruppe vil alle deltakerne ha mulighet til å uttale seg. For noen mennesker er det enklere å snakke og

gjernere lettere å ta ordet i en liten gruppe. En annen fordel med liten gruppe er at det kan være enklere å få frem detaljer og personlige fortellinger (Johannessen et al., 2016).

Sammensetningen av gruppene må justeres etter hvor mange informanter som takker ja til å delta. Utgangspunktet for antall deltakere i hver fokusgruppe var tenkt å være 5-6 stk. I det første intervjuet var det 5 informanter som deltok. Ved neste fokusgruppeintervju ble det avtalt oppmøte med 5 informanter. 3 av 5 informanter møtte til intervju. Etter litt hjelp fra min avdelingsleder fikk jeg kontakt med 2 andre informanter som deltok. Det ble derfor 5 informanter i den andre intervjuet. I slutten på dette intervjuet dukket det opp 3 nye informanter fra en annen avdeling. Jeg fikk derfor gjennomført et tredje intervju med 3 informanter. Denne måten å organisere intervjuene på er ikke gunstig, men ut ifra situasjonen opplevde jeg allikevel at det fungerte. Det var heller ikke så mye jeg kunne gjort annerledes. Totalt ble det derfor gjennomført 3 fokusgruppeintervjuer med 13 informanter. Jeg hadde i utgangspunktet tenkt å gjennomføre et fjerde fokusgruppeintervju for å få mer data til undersøkelsen. Dette ble ikke gjort da jeg opplevde rekruttering som vanskelig og med bakgrunn på mangel av respons på utsendt e-post. Det gikk lang tid før jeg fikk svar og flere av de som gav tilbakemelding på e-post takket nei til å delta i undersøkelsen.

4.4 Analysestrategi

En induktiv modell for teoridannelse kan forstås som å systematisere erfaringer (Thomassen, 2006). En induktiv tilnærming til analysen innebærer å trekke slutninger fra det enkeltstående til det allmenne (Malterud, 2017). En deduktiv tilnærming handler om å trekke slutninger fra det allmenne til det enkeltstående. Det finnes i tillegg til de to nevnte, en tredje tilnærming. Denne undersøkelsen har en abduktiv tilnærming som betyr et tyngdepunkt mellom etablert teori og empiribaserte fortolkninger. Denne tilnærmingen er forskning som er preget av et samspill mellom en induktiv og en deduktiv tilnærming (Thagaard, 2013). I praksis vil dette si at forståelsen som forskeren kommer frem til kan relateres til både etablert teori og til den forståelsen som forskeren danner seg basert på meningsinnholdet i dataen som er innhentet (Thagaard, 2013, s. 198).

Kvalitative studier innenfor helsefag og medisin gjennomføres i stor grad med tverrgående analyse. Likhetstrekk, følelser eller holdninger, forskjeller og variasjoner i erfaringer fra flere deltakere skal fortolkes og sammenfattes (Malterud, 2017, s. 93). I den tverrgående analysen

leses data på tvers og det sammenfattes informasjon fra mange ulike deltakere. Det finnes flere analysemetoder å velge mellom innenfor tverrgående analyse. De fleste prinsippene går igjen i de fleste metodene (Malterud, 2017).

I denne undersøkelsen blir det benyttet temaanalyse. I artikkelen «Using thematic analysis in psychology» som er skrevet av Braun og Clarke blir temaanalyse beskrevet i 6 trinn (Braun & Clarke, 2006). I artikkelen kommer det frem at tematisk analyse ikke er like mye bundet til et bestemt teoretisk rammeverk, og er en god metode dersom du ikke har mye erfaring med kvalitativ dataanalyse fra før av. Fordelen med temaanalyse er også dens fleksibilitet.

Temaanalyse handler om å undersøke data på tvers for å finne repeterende mønster som gir mening. Analysen involverer å hele tiden gå frem og tilbake i dataen, vurdere kodene fra dataen og analysen som produseres. Underveis i analysen er det viktig å se på den som en prosess som hele tiden går frem og tilbake og som foregår over tid (Braun & Clarke, 2006).

I første trinn av analysen skal forskeren bli kjent med datamaterialet. For å få til en systematisk analyse av data har jeg derfor transkribert selv etter hvert fokusgruppeintervju. Det var også viktig for meg å hele tiden ha problemstillingen, forskningsspørsmålene og den teoretiske forankringen i tankene i denne delen av prosjektet (Halkier, 2016).

Proessen med å bli kjent med datamaterialet startet allerede under transkriberingen av fokusgruppeintervjuene. Før jeg startet med dette hørte jeg gjennom lydopptaket noen ganger for å danne meg et inntrykk og bli kjent med datamaterialet. Å transkribere intervjuene var en tidskrevende prosess, men jeg var opptatt av at all data som ble produsert under intervjuene skulle skrives ned nøyaktig, slik at ikke viktige poeng eller data ble mistet. Etterpå leste jeg teksten flere ganger, noterte stikkord og mulige temaer. Jeg skrev ned ideer til koder mens jeg forsøkte å finne ut hva teksten handlet om, mulige meninger og mønstre i dataen (Braun & Clarke, 2006).

Del to av analyseprosessen handler om å identifisere koder fra dataen. Koder identifiserer en funksjon av dataen som virker interessant for den som analyserer og refererer til de grunnleggende elementer fra dataen som kan bli vurdert på en meningsfull måte for å forstå det fenomenet som studeres (Braun & Clarke, 2006, s. 18). Å kategorisere eller kode intervjuuttalelser er den vanligste formen for dataanalyse. Koding ble tidlig brukt i samfunnsvitenskapen for å få oversikt over et tekstmateriale (Kvale & Brinkmann, 2015, s.

226). Prosessen med å kode er en del av analysen på den måten at jeg organiserer dataen i meningsfulle grupper. Med utgangspunkt i den teksten som er transkribert benyttet jeg ulike farger til å markere tekst som kunne si noe om det samme. Deretter opprettet jeg et nytt dokument og kopierte delene av dataen som jeg vurderer som meningsbærende inn i samme dokument. Jeg gjorde denne prosessen med all data, skrev det ut og startet en ny prosess. Videre leste jeg på nytt gjennom dataen som var sortert og klippet ut de delene som passet bedre sammen med hverandre. Jeg har under hele prosessen forsøkt å se bort fra intervjuguiden for å kunne oppdage andre tema. Braun and Clarke anbefaler i denne delen av analysen å blant annet kode så mange som mulig mulige mønstre da du ikke kan vite hva som er interessant senere (Braun & Clarke, 2006).

I den tredje delen av analysen har jeg valgt å sortere de ulike kodene til mulige tema. I praksis har jeg derfor gjennomgått de ulike kodene og samlet de som omhandler samme tema i et dokument for å få en bedre oversikt. Jeg valgte igjen å skrive ut de ferdige dokumentene med koder og tekst for på ny å klippe opp og samle sammen igjen tema som passer sammen og som ligner på hverandre. Dette var en prosess som gikk mye frem og tilbake da kodene passet i flere tema (Braun & Clarke, 2006). Jeg valgte også å skrive mulige temaer på små lapper slik at jeg kunne flytte koder frem og tilbake for å finne ut hvor de passet best.

I del fire av analyseprosessen gikk jeg kritisk gjennomgått temaene for å vurdere om temaene presenterer dataen korrekt og om teksten som er kodet passet inn i de tema som er funnet. Denne delen involverer to nivå. Det første nivået handler om å redefinere eller å se på temaene på ny. Det betyr at man må lese gjennom temaene og tekstutdragene for å se om de samsvarer og danner et mønster. På nivå to skal man gjøre det samme, men se på hele datasettet og se om dette også harmonerer med temaene (Braun & Clarke, 2006). Jeg valgte også i denne delen av prosessen å lese gjennom den transkriberte teksten for å se vurdere og sjekke at ingenting var tatt ut av den sammenhengen som det var blitt presentert i.

I den femte delen i prosessen definerte og redefinerte jeg temaene som ble presentert i siste del av analysen. Navnene på temaene hadde en sammenheng og representere essensen i hva temaet omhandlet. Jeg skrev også en kort tekst om hva temaet handlet om for å gi leseren mulighet til å forstå hva det handler om. I tillegg til å identifisere historien til hvert

tema var det også viktig å vurdere hvordan historien passer inn i en overordnet historie som jeg forteller om dataen i forhold til forskningsspørsmålet (Braun & Clarke, 2006).

I siste del av analyseprosessen tok jeg utgangspunkt i de temaene og skrev frem funn. Målet med å produsere rapporten i temaanalyse var å fortelle historien med utgangspunkt i dataen som kan overbevise leseren om at analysen er gyldig. Det var derfor viktig at analysen ga en konsis, sammenhengende, logisk og interessant fortelling om dataene, både innenfor og på tvers av temaene (Braun & Clarke, 2006). I prosessen med å skrive frem funn fikk jeg også erfare at kodene igjen passet til flere tema. Derfor ble det nødvendig å på ny gjennomgå tekst, kodeord og tema for å sørge for at funnene ikke ble tatt ut av sin kontekst.

Resultatene av temaanalysen ble følgende fire hovedtema:

- Organisatoriske faktorer og ledelse
- Erfaringer fra «Hva er viktig for deg?»- samtalen
- Opplevelse av tid og ressurser
- Tjenestepåvirkning

De vil beskrives videre i kapittel 5.

4.5 Forskningsetiske vurderinger

Etiske spørsmål er integrert i alle faser av en intervjuundersøkelse, og det bør tas hensyn til mulige etiske problemstillinger helt fra begynnelsen av undersøkelsen til den ferdige oppgaven foreligger. Når det komplekse forholdet mellom å utforske menneskers privatliv og legge disse beskrivelse ut i det offentlige skjer, oppstår det etiske problemer i intervjuforskningen. Det er derfor svært viktig som forsker og som student å tenke gjennom de ulike etiske dilemmaene eller verdispørsmål som kan oppstå underveis i undersøkelsesprosessen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 97).

Undersøkelsen inneholder ikke personopplysninger og den er derfor ikke melde eller konsesjonspliktig. Jeg meldte inn min undersøkelse til NSD senest 30 dager før datainnsamlingen startet (Kvale & Brinkmann, 2015). (se vedlegg 8.3.).

Det er fire områder som tradisjonelt diskuteres i etiske retningslinjer for forskere. De fire områdene er informert samtykke, fortrolighet, konsekvenser og forskerens rolle (Kvale & Brinkmann, 2015).

Informert samtykke

Informantene i undersøkelsen skal informeres om undersøkelsens overordnede formål, hovedtrekkene i designet, mulige risikoer og fordeler ved å delta. Informert samtykke innebærer også at det sikres at de som er involvert deltar frivillig og at de kan trekke seg ut av undersøkelsen når som helst (Kvale & Brinkmann, 2015). Alle deltakerne fikk tilsendt et informasjonsskriv der dette er beskrevet. Før intervjuene startet minnet jeg også informantene på at deltakelsen i undersøkelsen er frivillig med mulighet til å trekke seg. Det ble også informerte om at all data ble behandlet anonymt og at det bare ville bli brukt deres opplevelser og beskrivelser fra intervjuene. (se vedlegg 8.1.).

Konfidensialitet

Konfidensialitet i forskningen refererer til enigheten med informantene om hva som kan gjøres med dataene som blir et resultat av deres deltakelse (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 106). I praksis betyr dette at data som blir innhentet i fokusgruppeintervjuene og data som formidles videre ikke kan spores tilbake til informantene. I informasjonsskrivet som alle fikk tilsendt stod det også beskrevet at dersom undersøkelsen ble publisert vil opplysninger om deltakere ikke være mulig å gjenkjenne. Jeg ønsker i utgangspunktet at min undersøkelse kan bidra til å kunne forbedre tjenesteyting i kommunehelsetjenesten, men resultatene vil avgjøre om det skal deles med andre. Jeg ønsker allikevel å innhente samtykke til å kunne publisere mine resultater fra fokusgruppen (Halkier, 2016).

Før oppstart av hvert fokusgruppeintervju, informerte jeg muntlig om ordningene for lagring av data som nevnt i skriftlig samtykke. Det gav informantene mulighet til å stille spørsmål om oppbevaring og bruk av informasjonen de gav under samtalen, og annet de lurte på.

Konsekvenser

Informantene i undersøkelsen skal utsettes for minst mulig belastning (Halkier, 2016). Temaer eller spørsmål underveis i intervjuene kan for noen, av ulike grunner være vanskelig å svare på. Det vil være fornuftig å tilby mulighet til en ny samtale i etterkant av fokusgruppeintervjuet dersom noen har behov for det (Kvale & Brinkmann, 2015). Alle

informantene fikk mulighet til å stille spørsmål ved intervjuets slutt, noe som faktisk gav flere faglige diskusjoner i etterkant av intervjuet. Å beskytte deltakernes integritet handler om ansvaret som forskeren har for å unngå at deltakelsen skaper negative konsekvenser i etterkant. Det er derfor viktig å være opptatt av å beskytte informantene mot uheldige virkninger som kan forekomme som følge av deltakelsen (Thagaard, 2013).

Forskeren rolle

All innhentet data må være tolket åpent og ærlig og bli presentert med god kvalitet og kunnskap. I noen sammenhenger kan forskeren identifisere seg med informantene (Thagaard, 2013). Jeg hadde kunnskap om organisasjonen og tjenesten som ytes i praksis, men i denne undersøkelsen kjente jeg ikke informantene fra før og det var derfor være enklere å opprettholde en profesjonell avstand slik at muligheten til å bli påvirket var mindre.

Informert samtykke ble innhentet og dokumentert før jeg startet med fokusgruppeintervjuene og dette ble oppbevart i et eget låsbart skap. All muntlig nedskrevet data fra selve intervjuene ble også oppbevart på samme måte. All data som ble behandlet underveis ble lagret på en kryptert minnepenn og lagret i skuff med kodelås. Dette omhandler transkribering og videre behandling av dataen. Data fra fokusgruppeintervjuene vil slettes 6 måneder etter innlevert oppgave. Dette var også noe som informantene fikk informasjon om før oppstart av intervjuene. Viser til VID sine retningslinjer for oppbevaring av data (VID, 2021).

4.5.1 Reliabilitet, validitet og overførbarhet

Hele intervjuprosessen er preget av etiske problemstillinger, det vil si både før, under og etter at intervjuene er foretatt. Som prosjektleder har jeg tatt utgangspunkt i de generelle forskningsetiske retningslinjene (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014). Prinsippene om respekt, gode konsekvenser, rettferdighet og integritet er aspekter i et forskningsprosjekt som har vært viktig å ta hensyn til.

Reliabilitet og validitet er relevante begreper i diskusjoner av forskerens troverdighet (Thagaard, 2013). Reliabilitet i en undersøkelse handler om hvor vidt undersøkelsen gir et inntrykk av at forskningen er utført på en tillitsvekkende og pålitelig måte. Dette handler da om en annen forsker kan, ved å anvende de samme metodene komme frem til samme

resultat. Forskningsprosessen kan oppnå større reliabilitet dersom den gjøres gjennomiktig («transparent»). Jeg har i denne undersøkelsen forsøkt å gi beskrivelser av strategi og analysemetode for å gjøre det enklere å kunne vurdere prosessen og øke undersøkelsens reliabilitet. Ved å beskrive teoretisk rammeverk og ståsted kan forsker også oppnå større reliabilitet da dette vil kunne representere grunnlaget for forskers tolkning (Thagaard, 2013).

Å validere er å kontrollere (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg har gjennom hele undersøkelsen forsøkt å gi beskrivelser relatert til mine handlinger og gjennomføring så godt som mulig. I analysedelen har jeg prøvd å holde meg til informantenes erfaringer og opplevelser og holdt mine egne erfaringer og meninger utenfor. Under transkripsjon av data var jeg opptatt av å skrive ned det som ble sagt. Etter å ha gjennomført transkripsjon hørte jeg på lydbåndet en gang til for å sikre at alt som var på lydbåndet var omdannet til tekst. Jeg leste gjennom funnene flere ganger for å se til at de ikke var tatt ut av den sammenhengen som de ble presentert i.

Validitet handler om å sikre seg at man konkret undersøker det som er tenkt å undersøke (Halkier, 2016). Validiteten kan vurderes ved å gå tilbake til spørsmålet om resultatene representerer den virkeligheten som er studert. Også her vil forskeren styrke validiteten ved å sørge for å redegjøre grunnlaget for fortolkninger ved å kritisk gjennomgå analysen som gir grunnlag for konklusjoner (Thagaard, 2013). Jeg som prosjektleder har tilknytning til det miljøet som ble undersøkt og det gir et utgangspunkt i forhold til forståelse. Fordelen er at jeg fikk et godt grunnlag for forståelse av de fenomener som jeg undersøker. Ulempen kan være at jeg har oversett andre elementer som er ulike mine egne erfaringer.

En undersøkelses overførbarhet handler om i hvilken grad det lykkes å etablere begreper, fortolkninger, beskrivelser og forklaringer som er nyttige på andre områder enn det som studeres (Johannessen et al., 2016, s. 233).

«Overførbarhet kan knyttes til gjenkjennelse» (Thagaard, 2013, s. 213). Dersom lesere, informanter eller publikum kan kjenne seg igjen i de tolkningene som formidles i teksten vil det gi grunnlag for overførbarhet. Egen erfaring eller opplevelser i fra samme kontekst kan gjenkjennes og vil gi teksten en dypere mening til tidligere kunnskap og erfaringer (Thagaard, 2013). Om funnene fra denne undersøkelsen er overførbare til å gjelde andre vil være vanskelig å påstå, men funnene kan fortelle eller si noe om tendenser som videre kan gi

grunnlag for gjenkjennelse basert på samme kontekst. Det er flere funn fra denne undersøkelsen som ligner andres funn i forskning, men da i en annen kontekst, men det kan allikevel være med på å forsterke tendensene og overførbarheten.

4.6 Metodiske refleksjoner

Å benytte seg av fokusgruppeintervjuer i datainnsamlingsprosessen var lærerikt. Jeg hadde ingen erfaring og kunnskap om denne metoden fra før av, men lærte mye underveis. Etter hvert i planleggingen av undersøkelsen kom jeg frem til at fokusgruppeintervjuer kunne være med på å skape gode diskusjoner og erfaringer mellom informantene, noe som det ikke ville blitt på samme måte i enkelt intervjuer. Jeg tenkte også at det ville være tidsbesparende med gruppeintervjuer.

Å skaffe informanter ble en utfordring i seg selv, men med god hjelp fra min avdelingsleder og positive ledere fra andre avdelinger fikk jeg gjennomført 3 fokusgruppeintervjuer. Det kan tenkes at det å rekruttere og avtale enkelt intervjuer ville vært lettere. I stedet for å samle en hel gruppe på samme tid, kunne det vært enklere å avtale med en informant om gangen for å unngå både venting og frafall av informanter. Erfaringen med fokusgrupper ble allikevel god og svært lærerik.

Utfordringer som jeg opplevde da noen av informantene ikke møtte opp kan forstås ut fra virkeligheten de må forholde seg til blant annet når det gjelder tidspress og prioriteringer i jobbhverdagen.

Det kan godt tenkes at årsakene til utfordringene med å skaffe informanter handlet om stillingsprosenten til de ansatte. Det hadde gjerne vært enklere å få informanter til å delta i intervjuene dersom kriteriet var en lavere stillingsprosent. Hensikten med 80% stilling hos informantene var at de da har mye erfaring og kjennskap til fenomenet som jeg undersøkte. I utgangspunktet tenkte jeg at det ville være enkelt å få informanter, men det ble vanskelig.

Å dele helsepersonell og avdelingsledere i ulike grupper opplevde jeg i utgangspunktet som fornuftig. Det kan for noen informanter være vanskeligere å uttrykke seg ærlig og åpent dersom ledere er med i samme gruppe. Det vil også i noen grad få bedre frem ulikheter og likheter i erfaringer og opplevelser. Helsepersonell deler i mange sammenhenger de samme erfaringene, noe som avdelingslederne ikke kan kjenne seg igjen i på samme måte. På

samme måte deler avdelingslederne noen av de samme erfaringene ut ifra deres rolle som leder.

Ved å blande informantene kunne det gjerne bidratt til enda flere gode refleksjoner og erfaringer fra ulike ståsted på samme tid. Det ville kunne gitt helsepersonell og avdelingsledere et innblikk i og forståelse for ulike perspektiver. Jeg opplevde også at avdelingslederne delte mer enn det som helsepersonell gjorde i fokusgruppene og det var ulik dynamikk innad i gruppene. Mulig en av årsakene til dette er at avdelingslederne har en relasjon dem imellom fra tidligere da de møtes til jevnlig møter og annet samarbeid.

Det ville vært interessant å gjennomføre flere fokusgrupper i mer enn én kommune for å kunne sammenligne og på ulikheter og likheter. På grunn av oppgavens omfang ble dette ikke gjort, men det hadde vært spennende og kunne tilført oppgaven flere erfaringer og kunnskap.

5 Resultater

I dette kapittelet presenteres funn som jeg har kommet frem til ved hjelp av temasentrert analyse, inspirert av Braun og Clarke (Braun & Clarke, 2006). Med utgangspunkt i funn, problemstilling og forskningsspørsmål har jeg kommet frem til fire tema som beskrevet i kapittel 3.4. Jeg har under hele prosessen prøvd å se bort fra tema som hører til intervjuguiden for å være åpen for andre eller nye elementer. De fire temaene er:

- Organisatoriske faktorer og ledelse
- Erfaringer fra «Hva er viktig for deg?»- samtalen
- Opplevelse av tid og ressurser
- Tjenestepåvirkning

5.1 Organisatoriske faktorer og ledelse

Flere funn viser at avdelingene har etablert systemer for å innhente tjenestemottakers erfaringer og kunnskap. Informantene forteller at «Hva er viktig for deg?» - samtalen er beskrevet i årshjulet som tilhører avdelingene, og at det var en del av en internkontrollsjekk som nylig ble gjennomført. Det kommer også frem at «Hva er viktig for deg?» er en del av stillingsannonsen ved utlysning av stilling. I annonsene blir det beskrevet at avdelingene er opptatt av å stille spørsmålet i kontakt med pasienten. «Hva er viktig for deg?» blir også nevnt i jobbintervjuer, i brosjyrer og i tjenestebeskrivelsen. Det er også blitt en del av sjekklisten som avdelingene benytter i møtet med nye pasienter.

Det går igjen i alt det vi har av dokumentasjon og informasjon om tjenester, både offentlig og internt. (i5)

Videre kommer det frem at avdelingsleder har ansvar for å sørge for at «Hva er viktig for deg?» er innarbeidet i avdelingene og som en del av en rutine. En Informant fra den ene gruppen forteller at det er en leders oppgave å sørge for en bevisstgjøring av de ulike arbeidsoppgavene og mulige løsninger.

En informant forteller at høyt sykefravær i en avdeling påvirker muligheten til å gjennomføre «Hva er viktig for deg?»- samtalen. Gjennom intervjuet kommer det frem at dersom en avdeling skal fungere og være veldrevet er den avhengig av at de ansatte kommer på jobb. En annen informant uttrykker at dersom arbeidet med «Hva er viktig for deg?» ikke er

forankret på øverste nivå hos virksomhetsleder og avdelingslederne vil det være utfordrende å kunne ivareta «Hva er viktig for deg?»- samtalen.

Hvis jeg ikke hadde vært opptatt av «Hva er viktig for deg?» så hadde det vært veldig vanskelig for den som skulle hatt ansvar for det i virksomheten, hvis jeg ikke var opptatt av det. Så jeg tenker det kan være et viktig hinder for å i det hele tatt, for å få det i gang i avdelingen da. (i2)

Gjennom intervjuet kommer det frem at det ikke er noen felles retningslinjer på tvers av de ulike avdelingene når det handler om hvor ofte tjenesteyterne skal gjennomføre samtalen eller når det skal gjennomføres en ny. Noen informanter undrer seg også over hvor ofte de skal stille spørsmålet til pasienten når de har mottatt hjemmesykepleie i mange år. En informant foreslår å spørre på ny dersom pasienten selv eller helsepersonell opplever endringer i funksjonsnivå.

5.1.1 Primærkontakt

Da informantene i undersøkelsen fikk spørsmål om hvem som har ansvar for å stille «Hva er viktig for deg?» spørsmålet kom det flere svar. Flertallet av avdelingene benytter seg av primær og sekundærkontakter i møtet med tjenestemottaker. Informantene forteller at det er både helsefagarbeider og sykepleier som er primærkontakter og sekundærkontakt i avdelingene.

Flere informanter forteller at det ikke er et spørsmål som skal fordeles til en tilfeldig ansatt i avdelingen. Det er primærkontakt som skal finne tid og mulighet til å stille spørsmålet og på den måten bli bedre kjent med pasienten. Dersom primærkontakten ikke har anledning bør det være en annen ansatt som kjenner den aktuelle pasienten godt. En informant forteller at det er en forventning om at det er primærkontakten som gjør det og som lager rom og tid til dette. Det danner grunnlaget for alt annet i samspillet dem imellom.

Det skal være noe primærkontakten skal følge opp og som skal bidra til at de blir kjent med hverandre på en helt ny måte. (i4)

En informant opplever at «Hva er viktig for deg?»-spørsmålet har ført til et større fokus på primærkontaktrollen i en avdeling. Det har bidratt til at primærkontaktene har fått et større ansvar for pasientene. Både dokumentasjon og oppfølging er satt mer på agendaen nå enn tidligere og det er ikke like tilfeldig som det var før i tiden.

Jeg tenker at det legger et veldig godt grunnlag for en god samtale mellom de to som bidrar til en styrking på alle måter, både hvordan vi som avdeling jobber og rollen som primærkontakt. (i3)

En av avdelingene benytter seg ikke av primærkontakter på samme måte som de andre avdelingene i arbeidet med «Hva er viktig for deg?». Informanten forteller at i denne avdelingen skriver en ansatt ut en logo som er formet som en snakkeboble. Denne boblen legges klar og tas med ut til nye pasienter. Svaret som pasienten gir, blir nedskrevet i boblen før det dokumenteres i systemet. Boblen hører til materiell til «Hva er viktig for deg?» dagen som arrangeres hvert år og kalles en logo av KS (KS, 2021).

Ja, altså det som er litt kult er at de boblene signaliserer et eller annet. Så det er klart at det gjøres på forskjellige måter. Så hos oss blir flere involverte i «Hva er viktig for deg?»- spørsmålet. Vi har en perm der de ligger sant, dette skal ut på mandag, så plutselig ligger det en boble, så står det et navn på så skjønner alle hva det handler om, sant. Da er det jo «Hva er viktig for deg?», og jeg synes jo det er litt, bare å gjøre det på den måten, det er jo en symbolikk i det. (i2)

Videre forteller informanten at selv om det er ønskelig at en som kjenner pasienten fra før stiller spørsmålet, blir allikevel flere ansatte involvert i arbeidet og tar del i dette. Noen ganger blir det ikke gjennomført fordi det ikke er naturlig for den ansatte. Alle informantene i undersøkelsen sier at det ikke alltid lar seg gjøre at primærkontakten gjennomfører «Hva er viktig for deg?»- samtalen, men at det er viktig at det er en ansatt som kjenner tjenestemottaker. Informanten beskriver det som et drømmescenario å kunne benytte primærkontakt i større grad, men at det også er en oppgave som må bli gjort for å få det på plass.

5.1.2 Tavlemøter

Tavlemøter er noe som flertallet av avdelingene i hjemmesykepleien benytter som verktøy for å kartlegge tjenestemottaker. «Hva er viktig for deg?»-samtalen står som et punkt på denne tavlen. Flere informanter forklarer at tavlemøte handler om å gå gjennom et antall pasienter en gang i uken, men at det kan være krevende å få gjennomført.

Det skli fort ut merker jeg, den ettermiddagen gikk plutselig fort. (i9)

Og så er det jul og påske hele veien. (i10)

I avdelingenes tavlemøter skal den som er primærkontakt for den aktuelle tjenestemottaker ta ansvar for å sjekke at blant annet helseopplysninger er korrekte, at det ligger inne riktig fastlege i systemet og at pårørende er ført opp riktig. Primærkontakten skal også sørge for oppdatert sammenfatning, gjennomføre en MNA (mini nutritional assessment) og se at pasienten har egen pasientmappe.

En informant forteller at tavlen henger på kontoret i avdelingen og synliggjør noen av arbeidsoppgavene som de ansatte har. Det kommer frem i intervjuet at det er rom for å utsette noen av arbeidsoppgavene, men tavlen minner de ansatte på hvem som har ansvar og skal være med på å hindre at oppgavene blir glemt. En annen informant forteller at leder er opptatt av at dersom det er ledig tid i løpet av en dag skal primærkontaktene bruke tiden på «sine» pasienter.

Det viser seg at hyppigheten for gjennomgang av alle tjenestemottakere gjøres ulikt i avdelingene. En informant forteller at deres avdeling har gjennomgang av hver enkelt tjenestemottaker en gang i halvåret, mens en annen informant forteller at de har denne gjennomgangen en gang i året.

Det finnes sjekklister som det er ønskelig å benytte i møtet med nye pasienter. På denne sjekklisten står også «Hva er viktig for deg?». Flere av informantene opplever å ha god hjelp av tavlen. En erfaring med tavlemodellen blir uttrykket slik:

Og så opplevde i alle fall jeg hos oss at, ikke bare det med «Hva er viktig for deg?», men måten å jobbe på når vi innførte tavlemodellen. Det var noe folk synes var en

kjekk måte å jobbe på. Det gav de mye mer verktøy til å systematisk dokumentere og bli mer kjent med de som de var primærkontakter for. (i4)

5.1.3 Ildsjeler

Noen av informantene forteller at avdelingene er avhengige av ansatte som beskrives som «pådrivere», «ildsjeler» eller «ressurspersoner». Dette er helsepersonell som har eller tar ekstra ansvar og sørger for at de ulike oppgavene blir gjennomført i avdelingene. Dette arbeidet inkluderer også andre arbeidsoppgaver og ikke bare arbeidet med «Hva er viktig for deg?». En informant forteller at de er avhengige av å ha de faste folkene på jobb fordi de vet hvilke oppgaver som skal ivaretas til enhver tid. Selv om de har gode vikarer kjenner de ikke til alle rutiner og arbeidsoppgaver som skal gjøres til enhver tid.

Jeg tror det er mange ting som hadde stoppet å rulle hvis disse her ressurspersonene og disse pådriverne hadde vært borte, det tror jeg. (i3)

Du trenger mer enn to hender for å ramse opp alt vi skal holde, så jeg tror jo at i en hverdag der det er mye som skjer og du vet jo aldri når du kommer på morgenen hvordan denne dagen blir. Ja det er 5 syke, hvordan i all verden håndterer du det, så jeg tenker jo at det er nødt til å være noen ildsjeler. (i4)

5.2 Erfaringer fra «Hva er viktig for deg?»- samtalen

En informant opplevde at de ansatte stresset i starten med hvordan de skulle håndtere svarene som kom i forbindelse med «Hva er viktig for deg?»- samtalen. Det var en slags forventning om at det skulle komme store og avanserte svar. Informantene fra alle fokusgruppeintervjuene uttrykker en felles erfaring om at svarene som tjenestemottakerne gir ikke var så vanskelige og heller ikke de helt store tingene.

Og ansatte var jo litt sånn: hvordan skal jeg stille det? Hvilken setting skal jeg gjøre det? Det var litt sånn, men nå er det på en måte litt mer innarbeidet. (i3)

Gjennom intervjuet kommer det videre frem fra flere informanter at det i starten var unaturlig å stille spørsmålet. De ansatte var usikre i starten, men at det nå er blitt mer innarbeidet og naturlig i flere av avdelingene. En informant opplevde at det i starten var mye fokus på det tekniske, men at dersom «Hva er viktig for deg?» blir en holdning så ligger det i ryggmargen i møtet med den som mottar hjemmesykepleie.

Flere av informantene opplever at «Hva er viktig for deg?» er enkelt å stille og det tar ikke særlig lang tid. Det er en felles opplevelse om at svarene som de får ikke er utfordrende, ikke vanskelig å håndtere og at de fleste svarer det samme: Bo hjemme lengst mulig, ha god kontakt med familien og få den hjelpen de trenger.

En informant opplever at det er utfordrende å ivareta hverdagsmestringstankegangen samtidig som «Hva er viktig for deg?» og uttrykker at det er en kunst å få til i praksis. «Hverdagsmestring er et rehabiliterende og forebyggende tanke sett som har fokus på den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå» (Holm & Wiik, 2020). For eksempel dersom det er viktig for pasienten å få frokost på sengen, men han eller hun har ressurser selv til å klare dette. Da vil helsepersonell komme i konflikt med sine egne fagkunnskaper og pasientens svar på hva som er viktig. I slike situasjoner er det viktig for noen informanter å forklare for tjenestemottaker de ulike helsegevinstene som følger med ved å utnytte egne ressurser aktivt i hverdagen.

«Hva er viktig for deg?» spørsmålet oppleves av noen informanter som vanskelig å forstå. Det benyttes i noen sammenhenger andre ord. Det oppleves som et relativt nytt begrep. En informant forteller at hun fikk en reaksjon fra en pasient når spørsmålet ble stilt, som gjør at tjenestemottaker valgte å benytte andre ord i stedet.

Jeg tenker at vi snakker mye om det uten at vi bruker den setningen. (i10)

På samme tid erfarer informantene at «Hva er viktig for deg?» kan være vanskelig å stille. Det oppleves som vanskelig for tjenestemottaker å svare fordi de er usikre på hva helsepersonellet mener. Flere informanter opplever «Hva er viktig for deg?» som et stort spørsmål. Noen av informantene sier at de ikke får det helt store ut av å stille spørsmålet. En informant tror årsakene kan være at eldre mennesker, eller at den generasjonen ikke er vant med å tenke på seg selv og egne behov.

Jeg opplever at det er lett å spørre pasientene, men så er de usikre på hva vi mener. For det er et veldig stort spørsmål. (i11)

Og det er jo det om de føler de må, om det de tror og mener, om det må handle om oss siden det er vi som spør, jeg vet ikke. (i13)

Noen informanter erfarer at de av og til må lede tjenestemottaker når de skal svare og at dette må da gjøres åpent slik at det ikke blir lagt føringer for svarene de gir.

Mange informanter opplever at tjenestemottaker forventer mer hjelp når de stiller spørsmålet og at det utløser en forventning om mer hjelp. En informant forteller at tjenesten som de gir er tildelt på forhånd og hjelpen som hjemmesykepleien gir er begrenset ut ifra vedtaket pasienten har fått. En informant opplever at dersom svaret omhandler tjenesten fra hjemmesykepleien så er det enklere å følge det opp. Dersom det ikke handler om tjenesten, sklir det ut. En informant opplever at dersom det ikke er svar som er helt prekært så flyter det litt over. Svaret forsvinner litt og blir gjerne ikke fulgt helt opp.

Noen informanter forteller at de savner mer informasjon og kunnskap om hvordan de skal stille spørsmålet. Brosjyrer som tidligere var i avdelinger er byttet ut med andre. En informant er usikker på om folk er klar over tyngden bak spørsmålet.

Det er faktisk utrolig viktige ord. Like viktige som målinger og blodtrykk og andre vitale målinger vi tar. (i11)

Kanskje ikke bare noen brosjyrer også i dag skal dere begynne å spørre hva som er viktig. (i13)

Flere informanter opplever at det må formidles bedre ut i avdelingene hva de egentlig spør om og ikke la det bli en del av en sjekklister.

Det har også vært diskusjoner i en avdeling om de virkelig får med seg hva som er viktig eller om det forsvinner i alt annet som skal gjøres av arbeidsoppgaver. Noen av informantene opplever at det er lite fokus på «Hva er viktig for deg?» i avdelingen som de jobber i. Unntaket er når de jobber med tavlen. «Hva er viktig for deg?» blir beskrevet av en informant som en del av flere andre registreringer og at det er et spørsmål og ikke en samtale, men at svaret som tjenestemottaker gir blir nedskrevet og dokumentert.

Det er jo bare det enkle spørsmålet, Hva er viktig for deg? Det er slik det har blitt. Det skulle nok vært enda mer vektlagt. (i11)

5.3 Opplevelse av tid og ressurser

Underveis i fokusgruppeintervjuene ble det stilt spørsmål rundt det som handler om faktorer som hemmer arbeidet med «Hva er viktig for deg?». Svarene som kommer frem gjennom intervjuene er todelt og ulike. Noen informanter opplever nok tid, mens andre er kritiske og erfarer det motsatte. Funn som omhandler tid og ressurser skaper et spenningsfelt som opptrer mellom gruppen med informanter som er avdelingsledere og gruppene med informanter som er helsepersonell.

En informant opplever at mangel på opplæring av nyansatte og ansatte i forhold til «Hva er viktig for deg?», kan føre til at det blir ansatte som gir for mye. Dersom de ansatte alltid er på tilbudssiden kan det føre til mer tjenester enn nødvendig. Informanten forteller videre at stort sett får ikke nyansatte anledning til å være nye, de får ansvar med en gang og får ikke nødvendigvis tid til å sette seg inn alt som er nytt. Informanten sier at dette peker tilbake på ressurser og at dette er krevende.

Får de lov til å være nye i en organisasjon? Stort sett får de ikke det, de kommer inn i avdelingen, så er det smukk, ut ansvar sant, de får ikke tid egentlig til å sette seg inn i alt dette. (i5)

En informant forteller at muligheten for å ivareta «Hva er viktig for deg?» handler om hvordan helsepersonell prioriterer og hvordan de tenker. Noen ansatte er gjerne preget av at det alltid er travelt og glemmer ut de periodene der det ikke er like travelt. Videre uttrykker en informant at avdelingsleder kan være med på å styre hvordan avdelingen kan jobbe og hvordan de ulike oppgavene kan løses. Samtidig understrekes det at leder må være tydelig. Flere informanter uttrykker at det er god tid til arbeidet med «Hva er viktig for deg?». Dette handler om hvordan avdelingen organiserer seg. I travle perioder er det andre oppgaver som prioriteres, men i det store og det hele er det nok tid. En informant forteller at uforutsigbarheten gjør at mengden tid til «Hva er viktig for deg?» varierer.

Vi kan ikke bare hive oss over den overskriften med fete typer om at vi alltid har det travelt. For det har vi ikke. Så jeg tenker, summa sumarum så har vi god tid til å få dette til. Hvis det er travlere perioder så må vi gjerne organisere oss på en annen måte for en periode. Hvis du alltid sier at du har det travelt så er det noe som er feil.

Vi har det ikke alltid travelt. Du har jo også greie perioder. Og da er det noe med å snu tankegangen på det. (i4)

En annen informant forteller at tiden er der, men at det handler om hvordan tiden oppleves. Dersom det er en person som lager et system som flere kan jobbe etter blir det mer effektivt i avdelingene. Det blir også enklere for andre å bidra i arbeidet. Det er vanskelig for leder å drive dette arbeidet alene i avdelingene. Det er også vanskelig for leder å implementere noe dersom ikke flere er med for da oppleves arbeidet tyngre og vanskeligere å drive frem.

Gjennom intervjuet kommer det frem at flere informanter mener at det stort sett er tid om ettermiddagene i avdelingene og da kan primærkontaktene jobbe med sine oppgaver.

Og det er klart, i travle perioder så har vi ikke den tiden på en måte. Pasientene har jo en tid, det er jo ikke tid til å ta så mye ekstra egentlig, så i travle perioder så synes jeg det er vanskelig for det er så mye som er viktig. Vi tar det inni mellom altså og gjør så godt vi kan. Men det kan være litt vanskelig ser jeg. (i3)

Det kommer også frem et annet perspektiv og opplevelser av tid til arbeidet med «Hva er viktig for deg?» i intervjuene. Flere informanter har en annen oppfattelse av dette i avdelingene.

Altså det er jo litt med tiden. Du skal jo helst ta denne samtalen på de første besøkene. Ofte går du inn på kvelden, det er lite tid til å gå inn på de samtalene. Ofte blir det gjerne at det går en tid før man tar den samtalen. Det er ikke alltid vi klarer å ta den med det første. (i9)

Når deltakerne får spørsmål om hvilke forventninger de har til leder med tanke på arbeidet med «Hva er viktig for deg?» kommer det frem at de forventer å ha tid til rådighet.

Gjennom intervjuet kommer det også frem fra en informant som sier at det ikke er satt av noe ekstra tid til dette arbeidet i den avdelingen, utenom når de jobber med tavlen.

Informanten opplever lite fokus på dette i sonen, og synes at det var et større fokus tidligere.

Bevisstgjøring om hva vi egentlig spør om. Det er ganske viktig dette her. Ikke bare la det bli en del av sjekklister, men hva er det vi egentlig spør om. Jo vi spør om faktisk hva er viktig for deg i hele hverdagen. Det bør jo vektlegges litt mer faktisk. (i11)

Det oppleves for en informant som en tilleggsregistrering på samme måte som andre registreringer. Flere informanter erfarer at det er mange områder som skal kartlegges i møtet med en ny pasient. De forteller om kartlegging i forhold til ernæring, brannsjekk og flere andre punkter. Det kommer fram at informantene opplever at i travle perioder så har de ikke den tiden de trenger til dette. Tjenestemottaker har en definert tid og basert på vedtak og det er ikke tid til så mye ekstra, så i travle perioder er det vanskelig fordi det er så mye som er viktig.

Det er en felles erfaring fra alle informantene at «Hva er viktig for deg?»- samtalen gjennomføres mens den ansatte for eksempel steller et sår, eller i forbindelse med et stell. Ansatte setter seg ikke ned etterpå. Det er ikke anledning til å bruke ekstra tid på denne samtalen, den gjennomføres mens helsepersonell er innom for å gjøre noe annet.

For kommunen sin del tror en informant at «Hva er viktig for deg?» kanskje har ført til mer tildeling av tjenester enn det er av ressurser. Et eksempel på det er tilsyn fire ganger i døgnet som ikke alltid er nødvendig for trygghet.

I fremtiden er det knapphet på ressurser så det ikke sikker at «Hva er viktig for deg?» bare har vært positivt. (i5)

For kommunen sin del så tror jeg at «Hva er viktig for deg?» når det kom rullenes inn over landet, så tror jeg det har ført til at vi kanskje har tildelt mer tjenester enn det vi i utgangspunktet egentlig har ressurser til som gjør at vi lager en type hjelpebehov og gir tjenester til pasienter som i utgangspunktet ikke har behov for det. (i5)

5.4 Tjenestepåvirkning

Leve hele livet, en kvalitetsreform for eldre beskriver at de eldre skal i de ulike fasene av alderdommen sin få brukt sine ressurser og dekket sine behov. Reformen sier også noe om at den handler om det som er viktigst i livet: felleskap, aktivitet, god mat og god helsehjelp. Den eldre skal føle seg verdsatt og involveres i beslutninger som angår dem selv.

Tjenestetilbudet skal ta utgangspunkt i hva som er viktig for den enkelte. Det blir videre beskrevet at en personsentrert tilnærming handler om å ivareta den som er eldre som hele mennesker og ikke bare deres sykdom og funksjonssvikt. Mennesket skal verdsettes uavhengig av alder eller funksjonsevne (Meld.St.15 (2017-2018)).

Pasienten kan selv få være med å si hvordan tjenestene skal være eller hvordan de ønsker at de skal være. Så er det jo ikke alltid at vi klarer å innfri deres ønske da, men det er jo greit å vite hva som er viktig for dem, fordi det ikke alltid det som vi nødvendigvis tenker er viktig. (i3)

En informant forteller at «Hva er viktig for deg?»-samtalen dokumenteres i pasientens journal under et eget punkt. Det står også i sammenfatningen til pasienten slik at det som er viktig blir videreformidlet dersom det er behov for hjelp fra andre instanser. Det er også en felles forståelse hos flere av informantene at «Hva er viktig for deg?» kan endres med tiden.

En annen informant forteller at svarene som tjenestemottaker gir, blir nedskrevet i datasystemet og blir en del av en større informasjonsdel og/eller kartleggingsdel som følger pasienten videre. Svaret bidrar til et fokus hos den ansatte som stiller spørsmålet, men det er ikke nødvendigvis at alle ansatte får vite om svaret. Alle avdelingene skriver inn spesielt viktige svar i oppdragslinjer slik at det blir synlig for den ansatte som skal til den aktuelle pasienten. For eksempel viktig at hjemmesykepleien kommer til avtalt tidspunkt eller at hjemmesykepleien låser seg inn.

En av informantene tror at «Hva er viktig for deg?» fører til at pasienten sin opplevelse av tjenesten blir bedre. Selv om personen ikke kan bli møtt på alle behov vil han allikevel bli sett og hørt.

En informant sier at de ansatte er løsningsorienterte og opptatt av å finne løsninger dersom det ikke er mulig å gjennomføre det som er viktig for tjenestemottaker. De tar for eksempel kontakt med andre instanser som frivillighetssentralen eller røde kors venn. Ønsker fra tjenestemottaker som går utover nødvendig helsehjelp er noe som primærkontakten følger opp og hjelper til med. De videreformidler kontaktinformasjon til andre instanser som kan bistå. Videre kommer det frem at dersom det er behov som hjemmesykepleien ikke kan bistå med finner de ut om familien kan hjelpe til. Dersom det er en som ikke har familie eller nære venner vil for eksempel frivillige kontaktes.

En informant opplever at mye løses med dialog mellom tjenestemottaker og den ansatte. En annen informant tror at de aller fleste pasientene er fornøyde med den tjenesten de mottar og de viser forståelse for en travel jobbhverdag og mange arbeidsoppgaver. Det handler om å finne gode løsninger.

De vet best hva som er godt for dem ikke sant. De har mulighet til å si det høyt til oss og så kan vi på en eller annen måte prøve å gjøre dagen lettere for eksempel. (i7)

En informant forteller at «Hva er viktig for deg?» fører til at helsepersonell blir mer observante på hva som er viktig for hver enkelt. Det skaper en større bevissthet for helsepersonell også. Alle informantene er enige om at de prøver å imøtekomme de ønskene som tjenestemottaker har i størst mulig grad og så langt som det lar seg gjøre. Dersom en pasient for eksempel ikke ønsker hjelp av menn, skal dette også være synlig beskrevet for de ansatte og dette prøver avdelingene å imøtekomme. Dersom det ikke er mulig ringer helsepersonell og forklarer situasjonen så kan pasienten bestemme selv. Dersom det ikke er et alternativ informeres det om dette også. En informant opplever at «Hva er viktig for deg?» har bidratt til at man klarer å få en tilpasning av tjenesteleveringen og de ønsker som er.

5.5 Oppsummering av funn

Funn fra undersøkelsen viser at «Hva er viktig for deg?»- samtalen er en del av tjenesteytingen i den aktuelle kommunen. Det står sentralt i styrende dokumenter og det er blitt en del av sjekklisten i møtet med nye pasienter. Det kommer også frem at det er avdelingsleders ansvar å få «Hva er viktig for deg?» innarbeidet i avdelingen og som en del av en rutine. Et hinder i dette arbeidet er sykefravær og manglende ledelsesforankring.

Videre kommer det frem at de ulike avdelingene benytter seg av noen verktøy for å ivareta «Hva er viktig for deg?»- samtalen i praksis. De fleste avdelingene har helsefagarbeidere og sykepleiere som er primær og sekundærkontakter. De fungerer som ansvarlig for hver sine tjenestemottakere. De har i tillegg til andre arbeidsoppgaver ansvar for samtalen med «sine» pasienter og følge dette opp.

En gang i uken har avdelingene tavlemøter. Tavlemøtet har flere punkter som skal gjennomgås, «Hva er viktig for deg?» er også et eget punkt på tavlen. Dette er en gjennomgang av et antall pasienter og da skal primær og sekundærkontakt ha spesiell oppmerksomhet på «sine». I tillegg sjekkes også annen viktig informasjon, samt andre kartlegginger som er nødvendige.

Alle avdelingene som er med i undersøkelsen erfarer at de er avhengige sine ildsjeler som er med på å drive arbeidet fremover.

Funn viser flere utfordringer i avdelingene relatert til «Hva er viktig for deg?». Informantene opplever at arbeidet med «Hva er viktig for deg?» er både enkelt og vanskelig, både innad i avdelingen, men også i møtet med tjenestemottaker. Det kommer frem at det er lite fokus på dette i en avdeling og at de savner informasjon og kunnskap om hvordan samtalen skal gjennomføres. De erfarer også at tjenestemottaker ikke forstår hva de spør om i samtalen.

Det kommer også frem at opplevelsen av tid og ressurser i avdelingen relatert til arbeidet med «Hva er viktig for deg?» oppleves ulikt. Under halvparten av informantene erfarer at det er nok tid til dette arbeidet. Selv om det i perioder kan være svært travelt er erfaringen at det er nok tid. Dette blir relatert til hvordan man organiserer og fordeler seg den dagen. Andre informanter erfarer det motsatte, at det ikke er satt av tid til dette i avdelingene og at det mangler fokus rundt «Hva er viktig for deg?»- samtalen.

Funnene viser at tjenestemottaker har mulighet til å påvirke den tjenesten som de mottar fra hjemmesykepleien. Det vil si i den grad det er innenfor de rammene og vedtaket som hjemmesykepleien som organisasjon har satt på forhånd. Hva som er viktig for den enkelte tjenestemottaker blir nedskrevet i datasystemet og lager et fokus for tjenesteyteren som spurte. Dersom det er noe som er viktig som går utover de tjenestene som tilbys av hjemmesykepleien er tjenestemottakere flinke til å henvise til andre instanser.

6 Diskusjon

De teoretiske perspektivene som er presentert i kapittel 3 vil her bli drøftet opp mot de funn som er presentert i kapittel 5. På den måten kan jeg belyse problemstillingen:

Hvordan ivaretar de hjemmebaserte tjenestene anbefalingen om å stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?» i møtet med pasienter som mottar hjemmesykepleie?

Funnene i forrige kapittel viser at det er ulike faktorer som påvirker hvordan informantene er i stand til å ivareta anbefalingen om å stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?». De ulike teoretiske perspektivene vil kunne brukes for å diskutere og belyse dette videre.

Forskningsspørsmålene er med på å danne grunnlag for inndeling av tema. Overskriftene er som følger:

- Samtalen om «Hva er viktig for deg?»
- Ivaretagelsen av anbefalingen om spørsmålet «Hva er viktig for deg?»
- Deltakelse i utforming av helsetjenester

6.1 Samtalen om «Hva er viktig for deg?»

6.1.1 Primær og sekundærkontakt

Fjørtoft (2016) skriver at det kreves svært god samhandling mellom aktørene for å kunne yte helsehjelp som er helhetlig, forsvarlig og preget av kontinuitet. Mange av de som mottar hjemmesykepleie er sårbare og er gjerne de som har størst behov for å bli møtt med helhetlige helsetjenester (Fjørtoft, 2016).

Funnene viser at det er noen hjelpemidler som er godt innarbeidet i flere av avdelingene for å sikre gode helse- og omsorgstjenester. Et av verktøyene som blir benyttet i tjenesteytingen er primær og sekundær kontakter. Dette er ansatte som er utdannet sykepleiere eller helsefagarbeidere. Denne måten å fordele ansvar på blir gjort i flertallet av avdelingene som deltok i undersøkelsen. Med utgangspunkt i vedtaket til hver enkelt pasient og andre arbeidsoppgaver som hører til avdelingen, har primær og sekundærkontakter hovedansvar for hver «sine» pasienter, dette inkluderer også ansvar for «Hva er viktig for deg?»- samtalen. Funnene mine viser at det er et ønsket mål på tvers av avdelingene at det er den som kjenner tjenestemottaker best som skal ha ansvar for samtalen. Dersom det er behov

som ikke kan imøtekommes av hjemmesykepleien skal primær og sekundærkontakt følge dette videre opp.

Funnene viser at denne måten å jobbe på har ført til en bedre oppfølging og tettere kontakt med tjenestemottaker. De to blir bedre kjent og det skaper et bedre samspill dem imellom. Dette har også ført til at dokumentasjon og oppfølging er satt mer på agendaen i en avdeling og de ansatte opplever dette som en god måte å jobbe på. Denne måten å organisere avdelingene på skaper kontinuitet og forutsigbarhet i møtet med tjenestemottakere som mottar hjemmesykepleie.

Et annet verktøy som blir benyttet i tjenesteytingen er noe som informantene kaller for tavlemøter. Dette er en del av kartleggingen eller en gjennomgang av hver enkelt som mottar hjemmesykepleie. «Hva er viktig for deg?» står som et eget punkt på tavlen som henger på veggen på kontorene til avdelingene. Kartleggingen omhandler flere punkter som skal gjennomgås hos hver pasient. Tavlen fungerer som en påminnelse på hvilke oppgaver som skal gjennomføres av de ansatte i avdelingene. Dette blir også benyttet i flere avdelinger. Tavlemøter en god måte å gjennomgå hver tjenestemottaker på. Det sørger for at all informasjon og dokumentasjon som er nødvendig for å yte god og forsvarlig helsehjelp kommer på plass i et system.

Det kommer frem at tavlemøtet er noe som avdelingene har en gang i uken, med gjennomgang av et antall tjenestemottakere hver uke. Primær og sekundærkontakt har da ansvar for å sjekke at alle punktene som står på tavlen er oppdatert og korrekte. Funn viser at tavlemøtet ofte sklir ut, men det kommer ikke helt klart frem hva som kan være årsaken til at dette skjer.

En avdeling benytter seg av en annen tilnærming i forhold til hvordan «Hva er viktig for deg?»- samtalen ivaretas. Det er helsefagarbeidere og sykepleiere som er primær og sekundærkontakter, men det er ikke de som gjennomfører denne samtalen i like stor grad som i de andre avdelingene. Det kommer frem fra undersøkelsen at i denne avdelingen blir flere ansatte involvert i arbeidet med «Hva er viktig for deg?» fordi denne boblen signaliserer hva som skal skje og alle som er på jobb den dagen vet hva som skal skje. Hva som er årsaken til dette er ikke videre undersøkt, men det kommer frem at denne måten å gjøre det på fungerer for denne avdelingen. Det vil være vanskelig å si noe om hvilken

tilnærming eller fordeling som er best, men det ser ut til at de ulike avdelingene har sine egne måter å løse dette på.

Solvang (2019) beskriver tre dimensjoner av samhandling. Den første dimensjonen er mellom tjenestebrukere og tjenesteytere. Den andre er samhandling mellom profesjonelle og den tredje dimensjonen er samhandling mellom organisasjoner. Et eksempel på samhandling mellom organisasjoner kan være mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester (Solvang, 2019, s. 29).

Sentralt for min undersøkelse er samhandlingen som foregår mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Samhandling er vektlagt i helsepolitiske føringer. Gjennom samhandlingsreformen søker regjeringen å sikre en framtidig helse- og omsorgstjeneste som svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester og som svarer på de store samfunnsøkonomiske utfordringene (Meld.St.47 (2008-2009)).

Samhandling og samarbeid er sentralt i arbeidet som er knyttet til hjemmesykepleien. Mine funn viser at ved å bruke primær og sekundærkontakter i tjenesteutøvelsen fremmes det et tett samarbeid med tjenestemottaker. Det fører også til at tjenestemottaker får anledning til å oppleve en tjeneste som er preget av kontinuitet, færre ansatte å forholde seg til og tjenestemottaker vet at den har en ansatt som følger opp fremover. Ved å stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?» vil samhandlingen ta utgangspunkt i pasienten sine ønsker og behov og tjenesten som skal ytes kan planlegges der tjenestemottaker er i sentrum.

6.1.2 Brukermedvirkning

Samhandling mellom tjenesteyter og tjenestemottaker er nært relatert til brukermedvirkning (Solvang, 2019). I de senere år har brukermedvirkning fått økende oppmerksomhet i helse- og omsorgstjenestene. I artikkelen til Christensen og Fluge (2016) blir det beskrevet hvordan brukermedvirkningsdiskursen har endret seg fra å tidligere handle om en samfunnsmedlemsdiskurs til i dag å omhandle en medansvarsdiskurs (Christensen & Fluge, 2016). Gjennom flere tiår har brukermedvirkning utviklet seg fra å være et marginalt fenomen til å bli en del av, og lovfestet rettighet innen helse- og omsorgstjenestene i Norge. Det har skjedd en gradvis ansvarsforskyvning der velferdsstatens ansvar for en trygg eldreomsorg har endret seg til å i dag omhandle den enkeltes ansvar og forpliktelser for helse og alderdom (Christensen & Fluge, 2016).

Det kommer frem i artikkelen at brukermedvirkning i dagens samfunn er basert på at den eldre selv, med utgangspunkt i egne ressurser tar ansvar for eller sørger for sine pleie- og omsorgsbehov. I artikkelen blir det konkludert med at endringen innenfor eldreomsorgspolitikken handler om at de omsorgstjenestene som du mottar vil være basert på egne ressurser som igjen avgjør hvilke omsorgstjenester du mottar (Christensen & Fluge, 2016). Dette kan relateres til «Hva er viktig for deg?»- samtalen fordi pasienten sine ressurser og behov skal stå sentralt i både planleggingen og utformingen av den tjenesten som tilbys. Basert på hver enkelt pasient sine ressurser (og behov) blir det iverksatt tiltak og nødvendig helsehjelp.

Den som berøres av en beslutning skal bli hørt og bli tatt alvorlig i beslutningsprosessen og det er et grunnleggende demokratisk prinsipp. Brukermedvirkning handler om innflytelse, selvbestemmelse, valgfrihet og egenaktivitet. Det kan forstås som pasientens evne og mulighet til å ha selvbestemmelse i møtet med fagpersoner og fagtjenester. For å kunne leve et selvstendig liv på egne premisser må derfor pasienten ha innflytelse og være delaktig i beslutninger som angår tjenestemottakeren (Fjørtoft, 2016, s. 126).

«Shared decision making» er en artikkel som handler om hvordan brukermedvirkning er med på å skape en bedre tjeneste og reduserer problemer som handler om overbehandling og overdiagnostisering i helse- og omsorgstjenestene (Barry & Edgman-Levitan, 2012). Forfatterne skriver at klinikerer tilbyr alternativer, samt risiko og fordeler. Pasienten uttrykker preferanser og verdier. Som følge av dette blir det en bedre forståelse av relevante faktorer og delt ansvar i avgjørelsene som skal tas fremover. Det handler om at begge parter deler informasjon mellom hverandre. Som følge av dette vil tjenestemottaker oppdage og også kunne jobbe med ulike strategier for å ivareta egen helse og sykdomsforløp (Barry & Edgman-Levitan, 2012). Videre understreker forfatterne av artikkelen også viktigheten av å spørre «Hva er viktig for deg?» i stedet for «Hva feiler det deg?». Dette er en måte å implementere pasientsentrert omsorg, og en måte å fremme muligheten for pasienten til å være med på å påvirke spørsmål rundt egen helse og sykdomsforløp (Barry & Edgman-Levitan, 2012).

Denne forskningen kan ses i lys av mine funn fra undersøkelsen. Brukermedvirkning kan styrkes ved «shared decision making». Dersom pasienter som mottar hjemmesykepleie opplever mulighet til å selv ta avgjørelser relatert til sykdom og helse vil dette gjøre det mulig å kjenne på mestring og økt selvbilde. Å hele tiden sette søkelys på ressurser og muligheter kan bidra til å sette tjenestemottaker i stand til noe som gjerne tidligere ikke var mulig. Å gjennomføre «Hva er viktig for deg?»- samtalen kan fremme brukermedvirkning og bidra til at pasienten kan påvirke både egen helse og eget behandlingsforløp.

FHI (Folkehelseinstituttet) beskriver at for å få en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste må helsepersonell ha en helsefremmende tilnærming i møtet med pasienter. Et av tiltakene kan være å organisere tjenestene på en annen og ny måte. Brukermedvirkning er helsefremmende og bidrar til blant annet mestring og motivasjon ved at pasienten selv kan sette sine egne mål. Ved å stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?» vil pasientens eget perspektiv ivaretas, og tiltakene kan være basert på pasientens egne mål. Dette vil også få frem hele pasienten og ikke bare den delen av mennesket som er sykt (FHI, 2019). En informant uttrykker at svaret på spørsmålet som tjenestemottaker gir lager eller skaper et fokus hos den som er helsepersonell. Den vet, etter å ha spurt hva om er viktig. En annen informant sier at spørsmålet kan bidra til å være med på å lage en bedre hverdag for den enkelte tjenestemottaker.

I fokusgruppeintervjuet var det en informant som sa følgende: Brukermedvirkning i tjenestene handler om at brukeren selv kan si noe om hvordan tjenestene skal være eller hvordan de ønsker den skal være. (i3) Mine funn viser nettopp dette. Flertallet av avdelingene benytter seg av primær og sekundær kontakter aktivt i arbeidet sitt i praksisfeltet. Som følge av dette blir det fremmet brukermedvirkning og deltakelse for pasienter som mottar hjemmesykepleie. De har ansvar for «Hva er viktig for deg?»- samtalen og skal følge svarene som de får videre opp. Dette sikrer en tjeneste der tjenestemottaker er i sentrum for tjenesten som ytes. Samarbeidet og samhandlingen dem imellom vil variere, avhengig om hjelpebehovet er kortvarig eller langvarig.

Prosesser og strategier som fremmer og styrker brukermedvirkning vil også kunne bidra til å styrke medborgerskapet til tjenestemottaker. «Hva er viktig for deg?»- samtalen fremmer tjenestemottaker sine ønsker og behov. Dette kan forstås som det ordinære medborgerskapet der medborgerskapsaktiviteter praktiseres i den vanlige hverdagen

(Strømsnes, 2003). Ved å få delta i utformingen av den tjenesten som ytes og tjenestemottaker blir sett på som en borger av samfunnet på lik linje med alle andre, tross sykdom og funksjonsnedsettelse.

6.1.3 Ildsjeler

Et uventet, men interessant funn er at avdelingene er avhengige av ansatte som blir beskrevet som «ildsjeler» eller «pådrivere». Dette er tjenesteytere som er pådrivere for arbeidet med «Hva er viktig for deg?», i tillegg til andre arbeidsoppgaver.

Pådrivere ja, folk som brenner for ting, folk som har ekstra ansvar for ting, som er ressurser, det gjelder ikke bare for «Hva er viktig for deg?» men det gjelder på alle ting, men jeg tror ikke vi kan tenke at alt nødvendigvis ruller og går av seg selv. (i5)

Dette kan forstås som både en svakhet og en styrke for avdelingene. På den ene siden er det ikke positivt å tenke at flere avdelinger er avhengige av denne gruppen med tjenesteytere som fungerer som pådrivere. Hva skjer dersom den ansatte avslutter sitt arbeidsforhold, flytter eller kanskje går lei? Det kan tenkes at dette arbeidet som drives av pådrivere er frivillig? I et større perspektiv må det ses i lys av at arbeidet med «Hva er viktig for deg?» og andre arbeidsoppgaver skal kunne drives fremover av seg selv, men dersom avdelingene er avhengig av pådrivere eller ildsjeler vil det være vanskelig. På den andre siden kan det forstås som en enorm ressurs og som et positivt bidrag til de ulike arbeidsoppgavene som er i hjemmesykepleien. Funnene sier ingenting om hvordan ildsjeler er fordelt i avdelingene, men dersom en avdeling ikke har ildsjeler vil tjenesten muligens være ulik fra en avdeling til en annen og ikke en del av et felles tjenestetilbud. Dette viser et sårbart system som ikke er særlig bærekraftig i et større perspektiv.

Mine funn viser også at det ikke er noen felles retningslinjer for hvor ofte «Hva er viktig for deg?»- samtalen skal gjennomføres. Avdelingene løser dette på ulike måter, noe som kan tyde på at det er krevende å få til lik praksis på tvers av avdelingene. Informantene sa videre ingenting om årsakene til dette.

6.2 Ivaretagelsen av anbefalingen om spørsmålet «Hva er viktig for deg?»

6.2.1 En kompleks prosess

Funn fra undersøkelsen viser at tjenesteyterne erfarer at det kan være enkelt, men også krevende med «Hva er viktig for deg?»- samtalen i tjenesteutøvelsen. På den ene siden oppleves det som enkelt fordi tjenesteyterne erfarer at det ikke tar lang tid å stille spørsmålet. Enkelt fordi svarene som tjenesteyterne får ikke er særlig utfordrende eller vanskelige å håndtere, og at de fleste ønsker det samme. Det er viktig for dem å bo hjemme lengst mulig, ha god kontakt med familien og få den hjelpen de trenger.

På den andre siden kommer det frem at «Hva er viktig for deg?»-samtalen oppleves som vanskelig å forstå både for tjenesteyter og for tjenestemottaker, og at det i praksis noen ganger blir benyttet andre ord i stedet for «Hva er viktig for deg?». Funn viser at «Hva er viktig for deg?» oppleves av flere informanter som store ord og som et relativt nytt begrep.

Funnene kan forstås i lys av Cecilie Fromholt Olsen m.fl. sin artikkel (Olsen et al., 2020). De har gjennomført en studie som handler om tjenesteyteres erfaringer med å stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?» til eldre og kronisk syke tjenestemottakere. I artikkelen kommer det frem at deltakerne som blant annet er helsepersonell opplever «Hva er viktig for deg?» som for stort, svevende eller farlig. Deltakerne i undersøkelsen prøvde også å lage spørsmålet mindre farlig ved å bruke andre ord.

Dette er også noe mine informanter erfarer. «Hva er viktig for deg?» oppleves som et stort spørsmål og de benytter derfor andre ord noen ganger. Flere av tjenesteyterne må av og til lede pasienten underveis i samtalen da svaret på spørsmålet ikke omhandler noe som tjenesteyter kan imøtekomme eller at pasienten ikke forstår spørsmålet.

Hva mener du med dette? Hva skal jeg svare? Det var et spesielt spørsmål. De er gjerne ikke vant med å få den type spørsmål. (i12)

Utsagn som: «mener de viktig for meg i livet eller viktig i tjenesten?» (i6) viser kompleksiteten rundt temaet. Dette kommer også frem i forskningen til Olsen m.fl. (Olsen et al., 2020). Den viser at helsepersonell som stilte «Hva er viktig for deg?» erfarer at pasienten ikke klarer å relatere seg til spørsmålet som blir stilt. Da må helsepersonell veilede pasienten. Dersom spørsmålet ble endret på eller rammet inn opplevdes det som enklere for pasienten å svare og det ga mer mening. Helsepersonell opplevde det også som vanskelig å

vite hvilket ansvar de hadde for pasienten når det gjelder å imøtekomme behovene og preferansene til pasienter med begrensede ressurser. Dette løste helsepersonellet med å ramme inn «Hva er viktig for deg?» til de begrensninger de trodde de kunne tilby (Olsen et al., 2020).

Mine funn viser på den ene siden at helsepersonell stort sett klarer å håndtere det som kommer av svar, og de er hjelpsomme med å henvise til rette instanser dersom det er noe som går ut over behov som er under vedtaket som de har fått. På den andre siden forteller flere informanter om utfordringen som oppstår når du som tjenesteytere skal ivareta det som er viktig for pasienten og samtidig ivareta hverdagsmestringstankegangen. Tjenesteyter kommer da i konflikt med sine fagkunnskaper og tanker om hva som er nødvendig helsehjelp.

Deltakerne i undersøkelsen til Olsen m.fl. forstod «Hva er viktig for deg?» ikke bare som et spørsmål, men mer som en kompleks prosess som krevde kompetanse for å kunne brukes i praksis (Olsen et al., 2020). Dette kommer også frem i mine funn, der noen informanter opplever og erfarer mangel på kunnskap og opplæring i forhold til «Hva er viktig for deg?»- samtalen. Det kommer frem at noen informanter savner mer informasjon om hvordan spørsmålet skal stilles, og en informant er usikker på om alle kjenner til tyngden som ligger i «Hva er viktig for deg?»-samtalen. Noen informanter savner fokus på dette fra ledelsen og at mer informasjon blir gitt til de ansatte i avdelingene. Flere sier at de trenger mer enn bare brosjyrer som omhandler spørsmålet og tematikken for å være istandsatt til å kunne ha denne samtalen med tjenestemottaker.

Kanskje ikke bare noen brosjyrer og så i dag skal dere begynne å spørre hva som er viktig. (i11)

En deltaker opplever at «Hva er viktig for deg?» oppleves som et spørsmål og ikke som en samtale og at det er en del av en sjekklister.

Det kan gjerne være fornuftig å tenke over hvilke tiltak som kan sørge for at det rettes mer oppmerksomhet mot «Hva er viktig for deg?»- samtalen i de ulike avdelingene. Flere informanter opplever at de ikke har nok kunnskap om emnet. Under det ene fokusgruppeintervjuet var det en informant som sa at det er leders ansvar å sørge for at «Hva er viktig for deg?» er innarbeidet i avdelingen og som en rutine. Det kan se ut til å være

relevant med ledelsesforankring og fordeling av hvem som har ansvar for dette. Det kan videre også legges planer og strategier for hva som skal ivaretas. Det vil innebære tydelige føringer, informasjon og sørge for kompetanseheving i avdelingene dersom det er behov for det. Det vil også kreve tid og ressurser, men det kan hende de ressursene allerede er i avdelingene. Om ressursene ikke er i avdelingene må dette formidles videre av de som har ansvaret.

6.2.2 Tid og ressurser

Som tidligere nevnt viser funn at det er ulike erfaringer og opplevelser på tvers av avdelingene relatert til tid og ressurser når det gjelder arbeidet med «Hva er viktig for deg?»- samtalen. Dette kan forstås som spenninger mellom avdelingsledere og tjenesteytere som aktivt jobber ute i praksis. På den ene siden opplever en gruppe av informanter at det stort sett er nok tid til arbeidet med «Hva er viktig for deg?». De sier at det handler om hvordan avdelingene jobber og prioriterer arbeidsoppgavene. I noen perioder er det mer travelt enn i andre, og da er det vanskelig å få gjennomført «Hva er viktig for deg?»- samtalen. En informant opplever at det handler om hvordan tiden oppleves og at tiden er der. Dersom det er systemer som flere i avdelingen kan jobbe etter vil arbeidet være mer effektivt og enklere for alle ansatte å delta i.

På den andre siden opplever en annen gruppe med informanter at det ikke er nok tid til dette arbeidet. Det er ikke avsatt ekstra tid og den totale arbeidsmengden er krevende. Dette fører til at andre arbeidsoppgaver prioriteres. Flere trekker frem at dette er spesielt krevende i møte med nye pasienter da det ikke er gitt føringer for kartleggingen som gjennomføres og hvilke oppgaver som skal prioriteres. Flere av informantene opplever at det er mye som er viktig og det er mange oppgaver som skal ivaretas i møtet med en ny pasient. I travle perioder forteller informantene at det ikke er nok avsatt tid da tjenestemottakerne har en forhåndsbestemt tid og ikke noe mer utover det. Det kommer frem at «Hva er viktig for deg?»- samtalen gjennomføres mens tjenesteyterne er innom for å gjøre noe annet, som for eksempel sårstell eller hjelp til personlig hygiene. Tjenesteyterne setter seg ikke ned hos pasienten etterpå.

I Olsen m.fl. sin undersøkelse dukker det også opp diskusjoner rundt det å ikke ha nok ressurser i form av tid til å gjennomføre samtalen og respondere på pasienten sine svar (Olsen et al., 2020). For å kunne sørge for å opprettholde god omsorg som er tilpasset hver enkelt pasient er tid en avgjørende faktor. Verdien av tid kommer tydeligst til uttrykk i møtet med pasienten (Fjørtoft, 2016, s. 164).

Martha Nussbaums skriver om hvordan samfunnet må legge til rette for deltakelse og inkludering for mennesker som er kroppslig sårbare (Lid, 2017). Helsepersonell må hele tiden prioritere tiden hos hver enkelt tjenestemottaker fordi det er flere som skal ha besøk. Panagiotaki (2009) har skrevet en roman med sine erfaringer fra hjemmesykepleien. I denne kommer det frem hvordan en travel arbeidsdag kan gå på bekostning av verdigheten og ivaretagelsen av enkeltmennesket (Panagiotaki 2009 i Fjørtoft, 2016, s. 165). Flere studier viser at de ansatte i hjemmesykepleien opplever økt tidspress og økt tempo i arbeidet. Et stort flertall av sykepleierne i hjemmesykepleien sier at tiden de har til den enkelte pasient ikke strekker til (Fjørtoft, 2016, s. 153).

Det er liksom den gode samtalen som er ønskelig. Jeg tror jo ikke alltid at det blir det.
For det er litt vanskelig av og til. (i1)

Dette kan også gå ut over medborgerskapet til tjenestemottaker. For lite tid i praksis til å gjennomføre «Hva er viktig for deg?»- samtalen vil igjen kunne hindre muligheten som tjenesteyter har for å se hver enkelt tjenestemottaker. Det vil også være vanskelig å kunne danne en god relasjon, og tjenesten som ytes ikke har et fokus som er sentrert rundt pasienten. Mulighetene som kan øke medborgerskapspraksiser for tjenestemottaker kan bli reduserte og ikke minst kan det også bli oversett.

I forskningen til Askheim er de organisatoriske og de ressursmessige faktorene et hovedhinder for å realisere brukermedvirkning (Askheim, 2020). Mine funn kan ses i lys av denne forskningen. «Hva er viktig for deg?»- samtalen kan være med på å fremme brukermedvirkning og gode samarbeidspraksiser i tjenesteytingen. Noen av informantene opplever ikke at det er mangel på tid og ressurser i avdelingen, men at det handler mer om hvordan avdelingene i praksis organiserer.

Andre informanter er derimot mer kritiske og erfarer at det ikke er satt av noe tid til dette arbeidet i avdelingen.

Hvilke verdier er viktige? Hvilke holdninger representerer den aktuelle kommunen i møtet med tjenestemottaker? Martha Nussbaum er opptatt av hvordan samfunnet legger til rette for deltakelse for mennesker med funksjonsnedsettelse. Hun er opptatt av hvordan variasjoner i funksjonsevne hører til menneskelivet (Lid, 2017). Dersom «Hva er viktig for deg?» skal forstås som et verktøy for å ivareta brukermedvirkning og tjenestemottakers perspektiver og ønsker, er tid og nok ressurser en viktig faktor.

Om det er organiseringen i avdelingene eller tid og ressurser som er årsaken til løsningen som praktiseres i kommunen skal ikke jeg diskutere videre, men tid og ressurser er noe som peker seg ut som en mulig utfordring i tjenesteytingen, både i mine funn og i annen forskning.

Som tidligere nevnt er organisatoriske og ressursmessige faktorer det største hinderet for å realisere brukermedvirkning. Utfordringen med en aldrende befolkning og flere kronisk syke mennesker er blant annet å ivareta brukermedvirkning. Mengden ressurser må økes for å imøtekomme det behovet for helsehjelp som er forventet å komme. En mulighet kan være å ansette flere, et annet alternativ kan være å se etter nye modeller i utformingen av helse- og omsorgstjenestene. Som det kommer frem i essayet «Flipping Healthcare» var det en stor reorganisering i hjemmetjenesten som resulterte i reduserte kostnader. Dette bidro til at ressurser ble frigjort for å ta imot et økende behov fra en aldrende befolkning samtidig ble brukermedvirkning ivaretatt og ikke nedprioritert. «Flipping healthcare» kan forstås som et eksempel på at det finnes andre måter å organisere og løse fremtidige utfordringer på (Bisognano & Schummers, 2014).

6.3 Deltakelse i utforming av helsetjenester

I pasient- og brukerrettighetsloven blir det beskrevet at pasient eller bruker har rett til informasjon og medvirkning (Helse og omsorgsdepartementet, 2001). Det er videre beskrevet at det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbudet. Det er også kommunens oppgave å etablere systemer som innhenting av pasient og brukers erfaringer og synspunkter (Helse og omsorgsdepartementet, 2011). I den aktuelle kommunen er det saksbehandler som jobber ved et tildelingskontor som behandler søknad og skriver vedtak. Vedtaket blir videre styrende for den helsehjelpen som ytes av hjemmesykepleien.

Fjørtoft (2016) skriver at det kan være en utfordring å ivareta de enkeltes individuelle behov og autonomi innenfor et system som er styrt av vedtak. Det blir også nevnt at vedtak og vedtakstid påvirker fleksibiliteten og den faglige autonomien. Hjemmesykepleien yter helsehjelp ut ifra vedtak, men det er like viktig at tjenesteyter bruker sin faglige kunnskap til å sørge for at ved endret behov må vedtaket fornyes (Fjørtoft, 2016).

De ressursmessige rammefaktorene i hjemmesykepleien påvirker tjenestene som ytes i hjemmesykepleien. Dette vil i praksis bety både begrensninger og muligheter. Den rammefaktoren som ofte blir styrende for hjemmesykepleien er tid. De siste årene har det kommet et nytt uttrykk som heter «omsorg etter stoppeklokke». Rammefaktorene setter grenser og styrer hva som kan gjøres og hva som er riktig å gjøre. Det vil være relevant å undre seg over om rammene styrer den omsorgen som ytes i praksis (Fjørtoft, 2016).

6.3.1 Medborgerskapspraksiser

Den aktuelle kommunens plan når det handler om helse- og omsorgstjenester forholder seg til noen prinsipper og et verdigrunnlag. I praksis betyr dette at ved kontakt med tjenesteapparatet skal tjenestemottaker få gi uttrykk for sine behov, tanker og verdier knyttet til sine helse- og omsorgsutfordringer og delta i utformingen av tilbudet som gis. Basis i tjenesteutøvelsen skal være hva som er viktig for den enkelte og pasienten sine mål (Prinsipper og verdigrunnlag, 2018).

Det ordinære medborgerskapet praktiseres gjerne gjennom dagligdagse handlinger (Neveu i Boje, 2017). Mine funn viser at «Hva er viktig for deg?»- samtalen er med på å styrke tjenestemottakers mulighet til å påvirke tjenesten, som igjen fremmer medborgerskapspraksiser i hjemmesykepleien. På den ene siden viser funn at tjenestemottakere får mulighet til å si hva som er viktig, og på samme tid delta i utformingen av tjenesten som ytes. På den andre siden er muligheten til å påvirke tjenesten begrenset med de ressurser og rammer som er gitt på forhånd av tjenesteyter.

Funn forteller videre at dersom det er noe som er viktig for tjenestemottaker som ikke tjenesteyter kan imøtekomme, blir det videreformidlet informasjon om hvilke instanser som kan hjelpe ved å for eksempel dele ut kontaktinformasjon eller hjelp til å ta kontakt med den riktige instansen. På den måten kan pasient få økt mulighet til å delta i hverdagslivet på lik linje med andre mennesker.

En annen måte å ivareta medborgerskap til tjenestemottakere på er at det som er viktig for enkelt pasient blir dokumentert og nedskrevet i datasystemet. Spesielt viktige svar blir også dokumentert på en måte som gjøre at det er synlig for tjenesteyter før et besøk hos den aktuelle tjenestemottaker. Det er også en felles forståelse for alle informanter om at det som er viktig for tjenestemottaker blir ivaretatt så langt som mulig. På den måten gir «Hva er viktig for deg?»- samtalen tjenestemottaker mulighet til å si hva som er viktig og tjenesteyter iverksetter tiltak som kan være med på å sette pasienten i stand til å kunne delta i dagliglivets aktiviteter. Om det er viktig å få hjelp tidlig på dagen for å kunne rekke andre aktiviteter, eller om det er kontakt med andre for å kunne ha mulighet til å besøke kirken eller delta på eldretreff. Dersom tjenestemottaker opplever redusert fysisk funksjon kan for eksempel hverdagsrehabilitering bli koblet på, noe som kan bidra til økt deltakelse i samfunnet.

6.3.2 Verdier og holdninger

Eldre blir i flere sammenhenger ofte omtalt som en svak gruppe i samfunnet. Media er en av aktørene i Norge som er med på å skape negative holdninger og bilder av eldre mennesker. «Eldrebølgen» blir også hyppig diskutert i media. Det finnes mye litteratur om temaet og de endringene som skjer relatert til alderdom kan forstås som noe negativt uten at man tenker noe særlig over det (Vik, 2015). En bølge som skyller inn over landet kan også forstås som noe farlig og som et problem eller utfordring for samfunnet.

Også flere undersøkelser gjennomført blant helsepersonell viser at de har et negativt syn på eldre. En konsekvens av dette er at helsepersonell kan stå i fare for å overføre sine tanker og holdninger til å gjelde alle eldre og ikke bare de sykeste og skrøpeligste som de selv møter i sin praksis (Vik, 2015).

For å forstå dette kan profesjonsetikken være et nyttig bidrag. Det finnes en allmenn og en spesifikk profesjonsetikk. Den største utfordringen i profesjonsetikken er mangel eller underskudd på allmenne refleksjoner. Det har lenge vært viktig å sikre klientens borgerrettigheter så langt som det er mulig i profesjonsetikken. I møtet mellom mennesker eller i møter mellom tjenesteyter og tjenestemottaker skjer det noe i selve møtet som forplikter oss. Møtene er påvirket av det som den andre vil, samtidig som møtet preges av tilnærmingen han eller hun er har (Wyller, 2011).

Wyller (2011) beskriver viktigheten av å reflektere rundt hvordan den som er profesjonell kan møte den andre i den konkrete praktiske situasjonen, samtidig med hver enkeltes profesjonelles personlighet og karaktertrekk. Profesjonsetikken har lenge vært preget av den allmenne og fellesskapets tanker om hva som er riktig og galt, hva som er et godt liv og ikke. Profesjonsetikken må utvikle praksiser der de andres livsverdener og samfunn tilkjennes egenverdi. Medborgerskapet må forankres i det «uprofesjonelle» livet som vi alle har til felles (Wyller, 2011).

Filosofen Martha Nussbaum argumenterer for at et rettferdig samfunn må ivareta menneskers kroppslige sårbarhet og gi mennesket mulig til å delta i samfunnet. Verdighet kommer ikke bare til uttrykk i relasjoner mellom mennesker, men også på måten som samfunnet legger til rette på (Lid, 2012). En fullgod rettferdighetsteori må ifølge Nussbaum utgå fra forutsetninger om at vi ikke er like med hensyn til makt, styrke og ressurser, og at vi har ulike behov (Lid, 2012). Dette kan også relateres til de som mottar hjemmesykepleie.

I undersøkelsen til Olsen m.fl. som er presentert tidligere i oppgaven kommer det frem at deltakerne benytter seg av to ulike tilnærminger når de snakker om å spørre «Hva er viktig for deg?», noe som også viser hvordan deltakerne forstod spørsmålet (Olsen et al., 2020). De fleste deltakerne koblet spørsmålet til det å sette mål, spesielt målet til eldre mennesker slik at de kunne gjenvinne eller vedlikeholde fysisk funksjon for å klare seg selv hjemme. Flere deltakere forstod også spørsmålet på den måten at det skulle bidra til at pasienten tok mer ansvar for eget liv og helsesituasjon og bli mer aktiv i egen omsorg.

Et viktig perspektiv relatert til den funksjonelle tilnærmingen og forståelsen er at noen mål ble sett på som viktigere enn andre. Mål som omhandlet fysisk funksjon når det handler om det å kunne kle på seg selv og klare seg selv hjemme ble ansett som viktige enn mål som omhandlet for eksempel eksistensielle behov eller mål som handlet om fritidsaktiviteter. Det kommer også frem at deltakerne erfarte at de måtte lede pasientene til å komme med mål som passet for begge parter, både tjenesteyter og tjenestemottaker på den måten at målene måtte være relevante til hvordan tjenesteyterne jobbet relatert til deres tilgjengelige ressurser. Dette handlet også om hvor vidt tjenesteyterne opplevde at tjenestemottaker hadde de nødvendige ressursene for å kunne oppnå målene som de uttrykket (Olsen et al., 2020).

Den andre måten å tilnærme seg og forstå «Hva er viktig for deg?» kaller Olsen m.fl. for en relasjonell tilnærming (Olsen et al., 2020). Deltakerne i undersøkelsen forsto spørsmålet som noe mer en funksjonelle mål og det å klare seg hjemme. Den relasjonelle tilnærmingen involverte å bli kjent med pasienten, være åpen for samtale og etablere en dialog. Se hele personen og ikke bare pasienten. Noen deltakere opplevde at «Hva er viktig for deg?» førte til oppdagelse av nye ting om pasienten som de ikke hadde fått vite om dersom de ikke hadde spurt. Flere deltakere forteller om at denne måten å forstå spørsmålet på gav pasienten en stemme og involverte å la egen agenda utebli, noe som styrket muligheten til å forstå pasientens perspektiv. Dette inkluderte også en forståelse om at det som var viktig fra et medisinsk perspektiv ikke var det som var viktig for pasienten. (Olsen et al., 2020). Flere deltakere opplevde mangel på tid til å sette seg ned og spørre om «Hva er viktig for deg?», og det å ha tid til å lytte og respondere på pasientenes svar.

Det kommer ikke tydelig frem i mine funn om informantene benyttet en spesiell måte å tilnærme seg «Hva er viktig for deg?»- samtalen på. Det som derimot kommer frem, er at noen av informantene savner kunnskap og informasjon om hvordan de kan gjennomføre samtalen og hensikten med den. Funn viser også at noen informanter forteller at samtalen blir gjennomført mens de er innom for å hjelpe til med noe annet.

Lister (2003) skriver at å bli anerkjent som borger med individuelle behov og ønsker er en sentral verdi for å realisere medborgerskapet (Lister 2003 i Ursin, 2017). Ved å for eksempel bruke en relasjonell tilnærming til «Hva er viktig for deg?» i tjenesteyting kan pasienten sin stemme bli hørt og sett ut ifra sitt eget perspektiv og egen forståelse og det vil kunne fremme medborgerskapspraksiser. En relasjonell tilnærming som er beskrevet ovenfor vil inkludere hele livet til tjenestemottaker i større grad og sørge for at de to som møtes hjemme blir bedre kjent. Tjenestemottakers perspektiver og gjerne levd liv vil kunne få større plass.

Det vil ikke bare handle om hvordan tjenestemottaker kan klare seg hjemme, men hvilke verdier og ønsker som er viktige her og nå. I stedet for å stille «Hva er viktig for deg?» mens tjenesteyter er innom for å gjøre noe annet, vil dette kunne bli en samtale som kan gjennomføres etter for eksempel sårstell. Det er ikke sikkert det er nødvendig å sette av mye tid, men tid nok til at tjenestemottaker får anledning til å fortelle om sine ønsker, håp og

drømmer fremover. Nok tid til at tjenesteyter får mulighet til å se den andre fra et nytt perspektiv og et innblikk i det livet som leves. Hvem og hva er med på å gjøre dagene til den som mottar hjemmesykepleie verdifulle og gode?

Kurs, undervisning eller veiledning for tjenesteytere vil kunne bidra til ansatte som er mer trygge i sin oppgave og rolle i når det gjelder «Hva er viktig for deg?»- samtalen. Når tjenesteyterne får bedre kompetanse og erfaring vil dette igjen påvirke pasienten sin mulighet til å bedre forstå spørsmålet og totalt sett vil dette øke både brukermedvirkning og samhandling i tjenesteytingen. Dette er gjerne muligheter og ressurser som allerede finnes i de ulike avdelingene? I Olsen m.fl. sin undersøkelse kommer det frem at det kreves god nok kompetanse til å stille spørsmålet. Hvordan spørsmålet forstås er helt avgjørende for hvilken tilnærming som skal benyttes. Det er også relevant å tenke på hvor og når spørsmålet stilles og at det er nok ressurser til å bruke tid på dette (Olsen et al., 2020).

Det vil videre være aktuelt å drøfte noen av de dilemmaer som kan oppstå når tjenestemottaker har behov og ønsker som går utover den tjenesten som hjemmesykepleien tilbyr. Hvem er med på å sørge for deltakelse i hverdagslige gjøremål og ønsker som omhandler for eksempel mulighet til å delta på aktiviteter i lokalsamfunnet? Hvem skal ivareta behov som sosial kontakt med andre, eller mulighet til å komme seg ut eller på butikken for å handle?

6.3.3 Samproduksjon

Flere planer og strategier som blir publisert og ligger tilgjengelig understreker viktigheten av at eldre mennesker skal få bo hjemme så lenge som de selv ønsker det, tross sykdom og funksjonssvikt. De som bor hjemme, skal føle seg trygge på at når behovet for hjelp oppstår skal de få det. På samme tid skal helse- og omsorgstjenestene være bærekraftige og ikke minst lønnsomme for samfunnet (Meld.St.15 (2017-2018)). I tillegg til den tjenesten som kommunene tilbyr, skal omsorgen og hjelpen også baseres på hjelp fra andre instanser. Hjemmesykepleiens bistand og hjelp stopper ved nødvendig helsehjelp. Hvem har ansvar for å imøtekomme de behovene som et hvert menneske har som går ut over det? I et av fokusgruppeintervjuene som ble gjennomført forteller flere informanter at dersom familie eller nære venner ikke kan hjelpe tjenestemottaker, må frivillige kontaktes.

Hva skjer når svaret på «Hva er viktig for deg?» omhandler behov som hjelp til å handle, gå på biblioteket eller sosiale behov som å møte andre mennesker? Et dagsentertilbud vil kunne ivareta noen av disse behovene, men dersom pasienten ikke ønsker dette vil deltakelse for tjenestemottaker i samfunnet reduseres betraktelig. Det bør ikke være et mål at dagsenter er det beste alternativet for å få dekket behov som går ut over nødvendig helsehjelp. Dagsenter blir beskrevet som et aktivitetstilbud som skal bidra til en meningsfull hverdag med sosialt samvær, mestring og trygghet på kommunens hjemmeside (Dagtilbud - dagsenter, 2016). Hva blir konsekvensen dersom tjenestemottaker ikke ønsker å delta på dagsenter og er denne tjenesten for alle?

Pårørende og frivillige organisasjoner er en viktig instans som kan bidra til å fremme og ivareta inkludering og deltakelse i samfunnet for mennesker som mottar hjemmesykepleie. Som følge av det vil dette i fremtiden være et stort behov for friske pårørende og frivillige som kan bistå. Det kommer frem under intervjuene at alle informanter er behjelpelige med å henvise til andre instanser dersom det er noe som er viktig for tjenestemottaker som ikke kan ivaretas av hjemmesykepleien. Kan vi som storsamfunn satse på frivillige og pårørende? Hva blir konsekvensene for samfunnet ved å la de eldre få bo hjemme så lenge som de ønsker det? Eldre mennesker som bor hjemme nå, ble tidligere ivaretatt i institusjon. Som følge av regjeringens strategier blir de nå ivaretatt hjemme med bistand fra hjemmesykepleien. Å la de som er eldre bo hjemme lengst mulig sparer samfunnet for store kostnader, men til hvilken pris? Konsekvensen blir gjerne at medborgerskapet ikke blir ivaretatt dersom pasienten ikke har ressurser og helse til å delta på dagsenter eller andre tilbud som kommunen tilbyr. De blir da avhengige av pårørende, naboer, venner eller frivillige.

I artikkelen som er skrevet av Askheim (2016) blir det beskrevet flere fordeler med samproduksjon i helse- og omsorgstjenestene. Samproduksjon blir også sett på som et virkemiddel i tjenestene som ytes. Forfatteren beskriver videre også ulempene med denne måten å håndtere velferdstjenestenes utfordringer på (Askheim, 2016). Det kommer videre frem i hans artikkel at de ulike aktørene i samproduksjonstenkningen ikke nødvendigvis går inn med samme interesser. De kan ha ulike forventinger og motivasjon i dette samarbeidet. Det er en forventning om å yte frivillig omsorgsarbeid uten å få betalt for det, samtidig som det blir betalt inn skatt (Askheim, 2016).

Norge er et av landene i den vestlige verden som har høyest andel som gjør frivillig arbeid. På samme tid viser samfunnsanalyser tegn på økt individualisering som igjen viser at frivilligheten endrer karakter. Det er færre som deltar og minkende interesse for deltakelse i dette arbeidet. Pårørendes rolle er også en viktig del av samproduksjonen i helse- og velferdstjenestene. Data viser at omfanget av årsverk til familie og uformelt sosialt nettverk ikke øker i takt med behovene som er i helse- og omsorgstjenestene (Askheim, 2020).

«Mange pårørende har krevende omsorgsoppgaver og utsettes for store belastninger» (Meld.St.15 (2017-2018), s. 151). Flere pårørende har, i tillegg til egen familie ansvaret for sine egne foreldre som trenger hjelp og bistand i hverdagen. Koordineringsarbeid mellom lege, sykehus eller andre relevante instanser. Følge til legetime, frisørtid, kjøre til for eksempel kirken for deltakelse på gudstjeneste. Denne formen for omsorg kan for flere være krevende og vanskelig. Ulike meldinger og utredninger viser at samfunnet er avhengig av omsorgen som pårørende yter. På samme tid blir pårørende som yter omsorg mer utsatt for psykiske og fysiske plager enn befolkningen ellers som kan relateres til den belastningen som arbeidet med omsorgen fører med seg (Meld.St.15 (2017-2018)).

Samproduksjon kan øke muligheten som tjenestemottaker har for deltakelse og inkludering. Det er allikevel data som viser at det vil være utfordrende i fremtiden å ha en samproduksjon som blant annet er basert på den omsorgen og hjelpen som pårørende og frivillige yter. Funn fra undersøkelsen viser at tjenesteyterne jobber for en praksis der ett av målene er å inkludere og legge til rette for deltakelse og inkludering, tross sykdom og funksjonsnedsettelse. Hvor går veien videre? Det vil være interessant og kanskje spennende for videre eller annen forskning.

7 Oppsummering

I denne oppgaven har jeg undersøkt hvordan helsepersonell ivaretar «Hva er viktig for deg?»- samtalen i møtet med pasienter som mottar hjemmesykepleien. Data er innhentet ved hjelp kvalitativ tilnærming og med tre fokusgruppeintervjuer med 13 informanter.

Hensikten med oppgaven har vært å svare på følgende problemstilling: *Hvordan ivaretar de hjemmebaserte tjenestene anbefalingen om å stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?» i møtet med pasienter som mottar hjemmesykepleie?* For å kunne svare på problemstillingen har det vært nødvendig å avklare tre forskningsspørsmål.

Det første forskningsspørsmålet handler om hvordan helsepersonell ivaretar «Hva er viktig for deg?»- samtalen. «Hva er viktig for deg?»- samtalen er godt kjent for alle informanter i de ulike avdelingene. Den blir også beskrevet som noe som går igjen i all dokumentasjon og informasjon, både offentlig og internt. Det er avdelingsleders ansvar å sørge for at arbeidet med «Hva er viktig for deg?» blir drevet fremover. Det kommer frem i undersøkelsen at ansatte som er primær og sekundærkontakter i avdelingene har ansvar for denne samtalen i møtet med tjenestemottakere. De følger også opp tjenestemottaker sine svar eller behov dersom det omhandler tjenester som hjemmesykepleien ikke tilbyr. Denne måten å organisere arbeidet på fremmer brukermedvirkning og samhandling i praksis. Dette sikrer at pasienten er i sentrum av tjenesten og får mulighet til å si hva som er viktig i møtet med hjemmesykepleien.

Undersøkelsen viser også at tavlemøtet er et verktøy som er med på å kvalitetssikre at «Hva er viktig for deg?»- samtaler blir gjennomført i de avdelingene som har tavlemøte. En avdeling skiller seg derimot ut fordi det ikke blir benyttet tavlemøte på samme måte som i de andre avdelingene. Det kommer frem at samtalen blir gjennomført i denne avdelingen også. Informantene forteller at avdelingene er avhengige av «ildsjeler» som er med på å drive flere av de ulike arbeidsoppgavene som skal gjøres. Fordelingen av «ildsjeler» i avdelingene er ikke videre undersøkt, men denne løsningen eller arbeidsfordelingen kan ses på som sårbar. Den kan også skape ulikt tilbud av tjenester i tjenesteytingen basert på hvor «ildsjelene» har sitt arbeidssted. Allikevel må «ildsjeler» også forstås som noe positivt i avdelingene og noe som i utgangspunktet er med på å skape bedre tjenester, både i tjenesteyting, men også når det handler om å få gjennomført arbeidsoppgaver i avdelingene.

Det andre forskningsspørsmålet handler om hva som fremmer og/eller hemmer ivaretagelsen av «Hva er viktig for deg?»-samtalen. De organisatoriske faktorene som er nevnt ovenfor er med på å fremme ivaretagelsen av «Hva er viktig for deg?». En informant forteller under fokusgruppeintervjuet at en viktig faktor som fremmer helsepersonell i å ivareta «Hva er viktig for deg?» er når det er forankret i ledelsen. Dersom avdelingsleder er opptatt av dette vil det påvirke gruppen med ansatte og arbeidet fremover. Det vil kunne gi ansatte føringer for hvilke oppgaver de skal prioritere og hvordan de skal klare å inkludere «Hva er viktig for deg?»- samtalen i arbeidet. Det viser seg at kommunen har en vei å gå med å få lik praksis på de ulike avdelingene, og sørge for at «Hva er viktig for deg?», og arbeidet som følger med blir en naturlig del av tjenesten som ytes.

Det kommer frem i undersøkelsen at tid er en avgjørende faktor og som for noen informanter hemmer arbeidet med «Hva er viktig for deg?». Dette oppleves og erfares ulikt av informantene. En gruppe med informanter erfarer at det stort sett er tid, det handler mest om hvordan arbeidet planlegges, fordeles og organiseres. Det blir også sagt at noen informanter at det stort sett er tid til dette arbeidet om ettermiddagene. Samtidig kommer det frem at «Hva er viktig for deg?» har ført til en fordeling av tjenester som det ikke nødvendigvis er ressurser til. Det kommer også frem at i travle perioder må andre oppgaver prioriteres. Det er mye som skal ivaretas og kartlegges i møtet med tjenestemottaker. Dette kan tyde på at selv om arbeidet planlegges og organiseres på en annen måte så kommer avdelingene ikke helt i mål allikevel.

En annen gruppe med informanter opplever at det ikke er nok tid til arbeidet med «Hva er viktig for deg? Det er tid når tjenesteyterne jobber med tavlen, som er en gang i uken. Utsagn som at tavlemøte ofte sklir ut forteller at tiden som er disponibel er redusert. Videre er samtalen noe som gjøres mens tjenesteytere er innom for å gjøre noe annet, da det ikke er tid til å sette seg ned etterpå.

Det viser seg at selv om avdelingslederne opplever at det er tid og ressurser nok til dette arbeidet, uttrykker de på samme tid at det ikke alltid er så enkelt å få til, det er krevende i travle perioder. Det er mangel på opplæring av nyansatte i forhold til arbeidet med «Hva er viktig for deg?», arbeid med sykefravær og flere ulike arbeidsoppgaver som også må prioriteres. Dette kan tolkes som at avdelingslederne på den ene siden både forstår og ser

sine ansatte. På den andre siden skal de representere organisasjonen og ivareta behovet for helsetjenester som er ut ifra de midler og ressurser som er tildelt.

Videre kommer det frem at å ivareta samtalen i praksis er en kompleks prosess. Det er en opplevelse fra flere informanter at tjenestemottaker ikke alltid forstår hva det blir spurt om. Som følge av det må tjenestemottaker forklare spørsmålet slik at tjenestemottaker enklere kan forstå hva det handler om. Det er også flere informanter som erfarer at «Hva er viktig for deg?» er et stort spørsmål. Noen informanter savner kunnskap og informasjon om hvordan de skal gjennomføre samtalen og hensikten med den. Dette er også noe som blir bekreftet fra tidligere forskning som en utfordring.

Tjenesteyterne er ofte påvirket av de holdninger og praksiser som organisasjonen presenterer. De deler en felles forståelse for løsninger på en utfordring eller en oppgave som skal ivaretas. For eksempel er det en felles forståelse av at «Hva er viktig for deg?»- samtalen gjennomføres mens de er innom for å gjøre noe annet, som for eksempel et sårstell. Det kan være at denne praksisen handler om ressurser, men det kan allikevel være relevant å se på hvilke praksiser som fører til bedre tjenester. Avdelingsledere har et ansvar for å sørge for å dele den kunnskap som de får gjennom ulike samarbeidsnettverk og møter som igjen kan prege den forståelsen og tilnærmingen som hver enkelt avdeling velger å satse på. I et større perspektiv bør alle avdelingene ha samme kunnskap om mål, hensikt og tilnærming til «Hva er viktig for deg?»- samtalen. Med for eksempel en relasjonell tilnærming til «Hva er viktig for deg?»- samtalen kan tjenesteyterne jobbe for å fremme medborgerskap og deltakelse. Det handler om brukermedvirkning og samhandling i tjenestene som kommunen tilbyr.

Det siste forskningsspørsmålet omhandler hvilken mulighet for deltakelse tjenestemottaker har i forhold til utforming av den tjenesten som de mottar. Funnene viser at tjenestemottaker i stor grad har anledning til å påvirke den tjenesten de mottar. De aller fleste som mottar hjemmesykepleie får også mulighet til å si hva som er viktig. Tjenesteytere strekker seg langt for å forme tjenesten i samarbeid med tjenestemottaker. Men det er også viktig å nevne at muligheten tjenestemottaker har for å påvirke tjenesten er begrenset i form av organisasjonens rammer, ressurser og tilbud som hjemmesykepleien tilbyr, nemlig ut ifra nødvendig helsehjelp. Behov og ønsker som er utover dette må ivaretas av pårørende, venner eller frivillige organisasjoner. Den som skal bo hjemme vil på et tidspunkt være avhengig av hjelp fra andre mennesker for å kunne bo hjemme. Dette kan i fremtiden være

utfordrende da forskning viser at det er nedgang i antall frivillige og pårørende. Dette vil også påvirke medborgerskapet til tjenestemottaker.

Tjenesteyterne i undersøkelsen strekker seg langt i møte med mennesker som har behov for hjemmesykepleie. Det er ingen tvil om at alle gjør så godt de kan for å fremme tjenestemottakers helse og forebygge sykdom. De jobber også for å ivareta tjenestemottakers stemme og ønsker i en ellers travel jobbhverdag.

Vi lever lenger og det er et tegn på at samfunnet har ivaretatt helse og levevilkårene til befolkningen på en god måte. En aldrende befolkning vil kunne bli en utfordring i et lengre perspektiv. Flere vil kjenne på helseutfordringer i høyere alder noe som fører til økende utgifter i helse- og omsorgssektoren (Meld.St.19 (2018-2019)). Flere Stortingsmeldinger og policydokumenter beskriver hvordan helse- og omsorgstjenestene skal eller bør være. Det blir også med jevne mellomrom publisert kunnskapsoppsummeringer og tiltak som skal være til hjelp i tjenesteytingen. Dette skal sørge for gode tjenester i et samfunn som trenger bærekraftige løsninger. På samme måte som samfunnet er avhengig av strukturer og organisering som skaper gode løsninger er dette også noe som er like relevant i hjemmesykepleien.

I fremtiden vil det på ulike samfunnsnivå og ikke minst på tjenestenivå være nødvendig å forme og planlegge en helsetjeneste som kan skape flere og nye muligheter for den som skal bo hjemme så lenge som det er mulig. Det er viktig for meg, hva er viktig for deg?

7.1 Implikasjoner for praksis

Undersøkelsen min bidrar til kunnskap om hvordan tjenesteytere i en kommune ivaretar «Hva er viktig for deg?»- samtalen i møtet med pasienter som mottar hjemmesykepleie. I kvalitative studier, som denne, gir fortolkningen grunnlag for overførbarhet (Thagaard, 2013). Det vil være grunnlag for å kunne si at det er mulig å kjenne seg igjen i informantenes beskrivelser og erfaringer. Dette støttes med tidligere forskning som er presentert tidligere. Overføringsverdien er uklar, men den kan allikevel si noe om tendenser innenfor de rammer som er satt.

Mine funn viser at det kan være hensiktsmessig å arbeide med å få til en felles begrepsforståelse av «Hva er viktig for deg?»-samtalen i avdelingene. På den måten kan både ledere og tjenesteytere inneha samme kunnskap og forståelse av gjennomføringen av samtalen i praksis. Det kommer frem at flere tjenesteytere er usikre og mangler kunnskap om dette. Dersom avdelingene klarer å få til en felles begrepsforståelse vil det gjerne kunne være enklere for tjenestemottaker å forstå hva det blir spurt om. Med en relasjonell tilnærming og forståelse av «Hva er viktig for deg?»- samtalen vil det også kunne være med på å skape praksiser som kan skape flere muligheter for deltakelse og inkludering for tjenestemottaker.

På bakgrunn av denne undersøkelsen ville det vært spennende å planlegge en kvantitativ undersøkelse der pasienter som mottar hjemmesykepleie er informanter. De kunne svart på spørsmål som omhandler tema knyttet til «Hva er viktig for deg?»- samtalen. På den måten kunne flere perspektiver blitt representert og det kunne gitt verdifull informasjon i utformingen av fremtidige helsetjenester.

8 Litteraturliste:

- Askheim, O. P. (2016). Samproduksjon som velferdssektorens kinderegg. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 2(1), 24-36. <https://doi.org/10.18261/ISSN2387-5984-2016-01-06>
- Askheim, O. P. (2020). Brukermedvirkning - fra politikk til praksis. *Tidsskrift for velferdsforskning*, (3), 170-186. <https://doi.org/10.18261/issn.0809-2052-2020-03-02>
- Barry, M. J. & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared Decision Making — The Pinnacle of Patient-Centered Care. *N Engl J Med*, 366(9), 780-781.
<https://doi.org/10.1056/NEJMp1109283>
- Bergem, R. (2012). Medborgarskap og myndiggjering. I T.-J. Ekeland & K. Heggen (Red.), *Meistring og myndiggjering :- reform eller retorikk?* Gyldendal Akademisk
- Bisognano, M. & Schummers, D. (2014). Flipping healthcare: an essay by Maureen Bisognano and Dan Schummers. *BMJ*, 349. <https://doi.org/10.1136/bmj.g5852>
- Boje, T. P. (2017). *Civilsamfund, medborgerskab og deltagelse* (Bd. 15). Hans Reitzels Forlag.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Christensen, K. & Fluge, S. (2016). Brukermedvirkning i norsk eldreomsorgspolitik - Om utviklingen av retorikken om individuelt medansvar. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(3), 261-277. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-03-04>
- Dagtilbud - dagsenter. (2016, 13.02.20). . [Url ikke oppgitt på grunn av anonymiseringsbehov]
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014, 10.02.2019). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- FHI. (2016, 20. oktober). *Gode pasientforløp i kommunene for eldre og kronisk syke, en beskrivelse av to læringsnettverk, 2011–2015*. <https://www.fhi.no/publ/2016/gode-pasientforlop-i-kommunene-for-eldre-og-kronisk-syke-en-beskrivelse-av/>
- FHI. (2019, 14. juni). *Hva er viktig for deg? En retningsendring*. FHI.
<https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/hva-er-viktig-for-deg-en-retningsendring/>
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie : ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Fagbokforlaget.

- Gode Pasientforløp. (2020, 8.juni). *Hva er viktig for deg?-slam* [Video]. You Tube.
<https://www.bing.com/videos/search?q=hva+er+viktig+for+deg+slampoesi&&view=detail&mid=F2ACE79FBB6C729C2D8AF2ACE79FBB6C729C2D8A&&FORM=VRDGAR>
- Halkier, B. (2016). *Fokusgrupper* (3. utg.). Samfundslitteratur.
- Helse og omsorgsdepartementet 2015-2020. *Regjeringens plan for omsorgsfeltet (2015-2020)*.
https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg_2020.pdf
- Helse og omsorgsdepartementet. (2001). *Lov om pasient og brukerrettigheter (pasient og brukerrettighetsloven)* (LOV-2021-05-07-31).
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Helse og omsorgsdepartementet. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* Helse og omsorgsdepartementet, .
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3
- Holm, S. G. & Wiik, H. (2020). *Bo lenger hjemme : nye utfordringer for hjemmetjenesten* (1. utg.). Fagbokforlaget.
- Holmes, A. G. D. (2020). Researcher Positionality - A consideration of its influence and place in qualitative research- A new researcher guide. *Shanlax International Journal of Education*, 8, no 4. <https://eric.ed.gov/?id=EJ1268044>
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Abstrakt.
- Krogh, T. (2014). *Hermeneutikk : om å forstå og fortolke* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- KS. (2021, 09.03.). *Materiell til Hva er viktig for deg?-dagen 2022*.
<https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/eldreomsorg/gode-pasientforlop/kunnskapsgrunnlag-og-verktoy/materiell-til-hva-er-viktig-for-deg-dagen-i-2018/>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lid, I. M. (2012). Variasjoner i funksjonsevne som vilkår: En diskusjon av funksjonshemming og menneskesyn i lys av Martha Nussbaums politiske filosofi. *Norsk filosofisk tidsskrift*, 47(2), 130-142.

- Lid, I. M. (2017). Martha C. Nussbaums politiske teori om rettferdighet som bidrag til et teoretisk grunnlag for likeverd og medborgerskap. <https://vid.brage.unit.no/vid-xmlui/handle/11250/2450890>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Meld.St.15 (2017-2018). *Leve hele livet, en kvalitetsreform for eldre*. Helse og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>
- Meld.St.19 (2018-2019). *Folkehelsemeldinga, Gode liv i eit trygt samfunn*. Helse og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>
- Meld.St.47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen, Rett behandling-på rett sted-til rett tid*. Helse og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Myhra, A.-B. (2012). *Fra bruker til samarbeidspartner : realisering av brukermedvirkning*. Fagbokforl.
- NOU 2016:17. (2016). *På lik linje*. Barne-og likestillingsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/b0baf226586543ada7c530b4482678b8/no/pdfs/nou201620160017000dddpdfs.pdf>
- Olsen, C. F., Debesay, J., Bergland, A., Bye, A. & Langaas, A. G. (2020). What matters when asking, "what matters to you?" - perceptions and experiences of health care providers on involving older people in transitional care. *BMC Health Serv Res*, 20(1).
<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05150-4>
- Prinsipper og verdigrunnlag. (2018, 07.03.2018). [Url er ikke oppgitt av anonymiseringshensyn]
- Solvang, P. K. (2019). *(Re)habilitering : terapi, tilrettelegging, verdsetting* (1. utg.). Fagbokforlaget.
- Strømsnes, K. (2003). *Folkets makt. Medborgerskap, demokrati, deltakelse*. Gyldendal Akademisk.

- Sverdrup, S. (2020). *Bachelor- og masteroppgaver i sosial- og helsefag : råd og vink : skritt for skritt* (1. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg.). Fagbokforl.
- Ursin, G. (2017). Praktisering av medborgerskap ; en studie av hverdagslivet til familier som lever med demens. *Norsk sosiologisk tidsskrift*, 1(6), 436-452.
<https://doi.org/10.18261/issn.2535-2512-2017-06-02>
- VID. (2021). *Lagringsguiden*. <https://www.vid.no/forskning/forskningsdata-og-forskningsdatahandtering/lagring-og-organisering/lagringsguiden/>
- Vik, K. (2015). *Mens vi venter på eldrebølgen : fra eldreomsorg til aktivitet og deltakelse*. Gyldendal akademisk.
- Wyller, T. (2011). Dydsetikk, medborgerskap og sosial praksis. I S. A. Christoffersen (Red.), *Profesjonsetikk : om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker* (2. utg., s. 44-64). Universitetsforlaget.
- Zahavi, D. (2014). Fænomenologi. I F. Collin & S. Køppe (Red.), *Humanistisk vitenskapsteori* (3. utg., s. 189-222). Lindhardt og Ringhof.

9 Vedlegg

9.1 Intervjuguide

Intervjuguide til soneledere

Hva tenker dere når jeg sier «Hva er viktig for deg?»

Forskningsspørsmål 1: Hvordan ivaretar helsepersonell i hjemmesykepleien «Hva er viktig for deg?» samtalen?

TEMA 1 - ERFARINGER

- Hvordan påvirker arbeidet med HEVFD organisasjonen?
- Hva kan oppleves som utfordrende/vanskelig i forhold til HEVFD?
- Hvilke forventninger har dere til deres ansatte og gjennomføringen av HEVFD-samtalen?

TEMA 1 ANSVAR OG FORDELING

- Hvordan jobber dere i sonen med spørsmålet «Hva er viktig for deg?»
- Hvilket ansvar har dere som soneledere i forhold til dette arbeidet?
- Hvordan tilrettelegger dere for muligheten til å gjennomføre samtalen?
- Hvordan blir resultatene fra samtalene videre fulgt opp?
- Hvordan jobber sonene for å sørge for nok tid til å ivareta dette arbeidet?

Forskningsspørsmål 2: Hva fremmer eller/og hemmer helsepersonell i kommunehelsetjenesten til å ivareta anbefalingen om å stille spørsmålet hva er viktig for deg? i tjenesteutøvelsen?

TEMA 2 FREMMER OG HEMMER

- Hvordan opplever dere at sonen har mulighet til å ivareta denne anbefalingen om å stille dette spørsmålet i praksis?
- Kan noen beskrive hva som gjør at denne samtalen ikke blir gjennomført?
- Hvordan kan dere bli gode på å gjennomføre «HEVFD» samtalen i deres sone?

- *Forskningsspørsmål 3: Hvilken mulighet for deltakelse har tjenestemottaker i forhold til utforming av tjenesten de mottar?*

TEMA 3 MEDBORGERSKAP

- På hvilke måter kan «Hva er viktig for deg?» -samtalen være med på å fremme deltakelse og påvirkning av den tjenesten som mottaker skal ha eller får?

Avsluttende refleksjoner. Deltakerne får mulighet til å stille spørsmål.

- Er det noe vi har glemt?
- Er det noen som har noe på hjertet?

Intervjuguide til helsepersonell

TEMA 1: ERFARINGER

- Hvilke tanker har dere om eller hvordan forstår dere HEVFD- samtalen?
- Hvilke positive eller negative erfaringer opplever dere av å stille HEVFD?
- Hvordan påvirker HEVFD-samtalen arbeidsdagen deres i møtet med den som mottar hjemmesykepleie?
- Hva kan oppleves som utfordrende/vanskelig i forhold til HEVFD? Kan dere beskrive noen eksempler fra praksis?
- Kan noen beskrive hva som gjør at denne samtalen ikke blir gjennomført?
- Hvilke forventninger har dere til leder i forhold til dette arbeidet?

TEMA 2: ANSVAR OG FORDELING

- Hvordan jobber dere i sonen med spørsmålet «Hva er viktig for deg?»
- Er det noen som har spesielt ansvar for å ivareta at denne samtalen blir gjennomført?
- Hvordan blir resultatene fra samtalene/svarene videre fulgt opp?
- (Hvordan gjennomføres denne samtalen i praksis?)

TEMA: FREMMER OG HEMMER

- Hvordan opplever dere at dere har mulighet til å gjennomføre denne samtalen i praksis? TID-STED-ROM
- Hvordan kan dere bli gode på å gjennomføre «HEVFD» samtalen i deres sone?

TEMA: MEDBORGERSKAP

- Hvordan tror dere at «Hva er viktig for deg?» -samtalen kan være med på å fremme deltakelse og påvirkning av den tjenesten som mottaker skal ha?

Avsluttende refleksjoner. Deltakerne får mulighet til å stille spørsmål.

- Er det noe vi har glemt?
- Er det noen som har noe på hjertet?

9.2 Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Hva er viktig for deg?» Et verktøy for å styrke medborgerskapet til mennesker som mottar hjemmesykepleie?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan hjemmesykepleien i en kommune ivaretar «Hva er viktig for deg?» i møtet med pasienter i tjenesteyting. Formålet med prosjektet er å undersøke nærmere hvordan «Hva er viktig for deg?»-samtalen ivaretas i Enhet for hjemmetjenester og rehabilitering i kommunen. Meld.St.15 Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre, understreker viktigheten av å stille dette spørsmålet i møtet med mennesker som skal motta helse- og omsorgstjenester i kommunen. Gode pasientforløp er også rullet ut i kommunen og skal være et verktøy for å bidra til at «Hva er viktig for deg?» blir ivaretatt i tjenesteytingen.

I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Prosjektet er knyttet til masterstudiet i medborgerskap og samhandling ved VID avdeling Sandnes der jeg er student. Førstelektor Kjersti Helene Haarr ved VID vitenskapelige høyskole, avdeling Sandnes er ansvarlig for prosjektet. Jeg ønsker å komme i kontakt med deg som utdannet helsefagarbeider eller sykepleier og jobber i hjemmesykepleien. Du treffer inklusjonskriteriene for utvalget i denne studien som er: helsepersonell, mellom 18-70 år og jobber i hjemmesykepleien. Jeg ønsker å gjennomføre fokusgruppeintervju med grupper på 5-6 deltakere i hver gruppe, og jeg skal gjennomføre 3 fokusgruppeintervjuer totalt.

HVA INNEBÆRER DET FOR DEG Å DELTA?

Dersom du takker ja til å delta i prosjektet innebærer det å delta i et fokusgruppeintervju sammen med noen andre som også er helsepersonell der du jobber. Intervjuet vil bli gjennomført våren 2022, og det vil ta 1-1/2 time. Jeg er fleksibel på møtetid og møtested. Opplysningene som innhentes er dine egne erfaringer og opplevelser knyttet til «Hva er

viktig for deg?» i tjenesteytingen. Jeg vil benytte lydopptak og notater under fokusgruppeintervjuet. Alle personopplysninger anonymiseres i henhold til forskningsetiske retningslinjer. Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

DITT PERSONVERN

Det er jeg og min veileder som vil ha tilgang til opplysningene som innhentes. Vi vil ikke bruke disse til noe annet enn det som er fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Alle opplysninger vil bli lagret på en mobil enhet som tilhører ansvarlig institusjon, samt på en kryptert minnepenn. Lydopptaker vil bli oppbevart i et låsbart skap. Kontaktinformasjonen din vil jeg erstatte med en kode som lagres på en egen liste som er adskilt fra øvrige data. Dersom undersøkelsen skal publiseres vil ikke noen opplysninger om deg kunne gjenkjennes. Opplysningene destrueres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er senest november 2023. Lydbåndopptak slettes også.

DINE RETTIGHETER

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- Innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og en kopi av opplysningene
- Å få rettet og/eller slettet personopplysninger om deg dersom noe er feil
- Å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine opplysninger

HVA GIR OSS RETT TIL Å BEHANDLE PEROSNVEROPPLYSNINGER OM DEG?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra VID vitenskapelige høyskole, avdeling Sandnes har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

HVOR KAN DU FINNE UT MER?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Heidi Waldow; zakko15@hotmail.com eller VID vitenskapelige høyskole, avdeling Sandnes ved Kjersti Helene Haarr; kjersti.haarr@vid.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 53211500.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Eventuelt student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Hva er viktig for deg?» Et verktøy for å styrke medborgerskapet til mennesker som mottar hjemmesykepleie? og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju
- at mine personopplysninger lagres til undersøkelsen, er ferdig

Bakgrunnsinformasjon (Fyll ut):

- Kjønn:
- Alder:
- Arbeidstitel:

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

9.3 Vurdering fra NSD

NSD MELDESKJEMA FOR BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER Norsk Heidi Waldow

Meldeskjema / "Hva er viktig for deg?" Et verktøy for å styrke medborgerskapet til mennesker som m... / Vurdering

Vurdering

[Skriv ut](#) 16.01.2022

Referansenummer	Type	Dato
273428	Standard	16.01.2022

Prosjekttittel
"Hva er viktig for deg?" Et verktøy for å styrke medborgerskapet til mennesker som mottar hjemmesykepleie?

Behandlingsansvarlig institusjon
VID vitenskapelige høyskole / Fakultet for helsefag / Fakultet for helsefag Sandnes

Prosjektansvarlig
Kjersti Helene Haarr

Student
Heidi S. Waldow

Prosjektperiode
10.01.2022 - 20.06.2023

Kategorier personopplysninger
Alminnelige

Rettslig grunnlag
Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene kan starte så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det rettslige grunnlaget gjelder til 20.06.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 16.01.2022 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og Personverntjenester. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG
For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET
Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 20.06.2023.

LOVLIG GRUNNLAG
Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål

dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

TAUSHETSPLIKT

Deltagerne i prosjektet har taushetsplikt, dels som helsepersonell og dels som ledere. Intervjuene må gjennomføres uten at det fremkommer opplysninger som kan identifisere pasienter eller ansatte.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Vi legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til personverntjenester ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

9.4 Eksempel tematisk analyse

Meningsbærende tekst	Kondensert tekst	Kode	Mulig tema	Mulige sub tema
Jeg tenker jo det at det er en del av, vi har jo det som en del av tavlemøtet, kartlegging av alle pasientene sant, og jeg tror at heile opplegget rundt tavlemøter har gjort noe med måten vi jobber på og ikke bare den biten med det hva er viktig for deg (i4)	HEVFD er en del av tavlemøtet, kartlegging av alle pasienten. Tavlemøtet har gjort at avdelingen jobber på en annen måte.	Tavlemøte	Organisering	Intern organisering
Jeg forventer at det er primærkontakten som gjør det. Og at primærkontakten lager rom for det, og at det legger grunnlaget for resten av kartleggingen på en måte. Da tror jeg det blir en god samtale uansett. For meg er det viktigst at det er primærkontakten som på en måte skal gjøre dette fordi at jeg mener det danner grunnlaget for alt annet i samspillet mellom disse to (i4).	Det er en forventning om at primærkontakten lager rom og tid for kartleggingen som også omhandler HEVFD. Det danner grunnlaget for alt annet i samspillet mellom de to.	Primær kontakt	Organisering	Praktisk tilnærming

