

MASTEROPPGAVE

«Det er ikke alltid det går etter planen»

En studie om hva som påvirker prioritering og gjennomføring av aktiviteter i sykehjem

Barbro Kingsrød

18. mai 2021

Master i organisasjon og ledelse

Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag



Forord

Ved startstreken kan målet virke fjernt. Etter fire års masterstudium i organisasjon og ledelse virker imidlertid veien tilbake til start kort. Hvor ble årene av? Hva skjedde, egentlig?

Tiden forsvant i mye arbeid, opp- og nedturer, nye vennskap, stress, frustrasjon og tidvis fortvilelse. Det har også vært intens glede over å ha funnet en artikkel som traff blink, og endelig ha fått formulert en setning som helt nøyaktig formidlet den tankerekken som inni hodet hørtes så fantastisk ut, men som viste seg å være vanskelig å få konkretisert med ord.

En stor takk til min veileder Sol Skinnarland. Hun gjorde det jeg håpet hun skulle gjøre, nemlig å lede meg på rett vei samtidig som hun ga meg ansvaret for å velge veien selv. En krevende kunst for en veileder og en risikabel øvelse for en student, men ved hjelp av interessante refleksjoner, gode diskusjoner og målrettede heiarop underveis, har masteravhandlingen blitt en realitet. Resultatet hadde ikke blitt det samme uten henne.

Mange takk også til mine informanter, som viste meg litt av hverdagen i sykehjemmene. Jeg ønsker det beste for dere og pasientene deres.

«Jeg vil ikke se en masteravhandling hvor det hevdes at alt henger sammen med alt», sa foreleseren ved en av studiets første samlinger. Jeg stusset over påstanden, men noterte det ned.

Nå kan jeg si meg uenig. Arbeidet med masteravhandlingen har gitt meg tilstrekkelig forskningsmessig selvtillit og erfaring til at jeg med støtte fra egen empiri kan fastslå at - jo, alt henger sammen med alt. Vanskelig å belyse, men likevel sant.

Fredrikstad, mai 2021

Barbro Kingsrød

Sammendrag

Problemstilling: *Hvilke faktorer er av betydning for prioritering og gjennomføring av aktiviteter i sykehjem, og hvordan påvirkes medarbeidernes motivasjon for oppgaven?*

Teoretisk rammeverk: Masteravhandlingen bygger på et rammeverk bestående av fire hovedområder:

- Motivasjonsteori
- Selvbestemmelsesteorien
- Styring i offentlig sektor
- Attribusjonsteori

Metode: Studien har et kvalitativt forskningsdesign med bruk av semistrukturerte fokusgruppeintervjuer. Utvalget besto av informanter fra sykehjem i Oslo kommune. I etterkant av intervjuene ble rådataene transkribert, kodet og kategorisert før analyse og drøfting.

Resultater: Følgende faktorer er av betydning for gjennomføring av aktiviteter og medarbeidernes motivasjon for oppgaven:

- Aktivitetene
- Pasientene
- Pårørende
- Medarbeiderne
- Organisasjonens strukturelle faktorer
- Koronapandemien

Konklusjon: Gjennom å etablere en modell for faktorenes plassering og innbyrdes påvirkning, viser jeg hvordan de ulike faktorene sammen og hver for seg påvirker gjennomføring av aktiviteter og medarbeidernes motivasjon for oppgaven. Modellen består av en kjerneoppgave, menneskelige faktorer, et interaksjonsnivå og organisasjonens strukturelle faktorer, i tillegg til tre ytre påvirkningsfaktorer. Faktorenes samspill og påvirkningsmulighet på tvers av og internt i de ulike nivåene er avgjørende for gjennomføring av aktiviteter og hvordan medarbeidernes motivasjon påvirkes.

Innhold

1.0	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling og forskningsspørsmål	2
1.3	Begrepsavklaring	3
1.4	Avgrensninger.....	3
1.5	Aktivitet for pasienter i sykehjem.....	4
1.6	Plassering av egen forskning i empirisk kontekst.....	4
1.7	Masteravhandlingens oppbygning og struktur.....	6
2.0	Teoretisk rammeverk.....	7
2.1	Motivasjon	8
2.2	Selvbestemmelsesteorien	11
2.3	Styring i offentlig sektor	14
2.4	Attribusjonsteori	22
2.5	Oppsummering	26
3.0	Metode.....	28
3.1	Metodiske likheter med andre studier i forskningsfeltet	28
3.2	Problemstilling og forskningsspørsmål	28
3.3	Forskningsdesign	30
3.4	Kvalitativ metode.....	31
3.5	Fokusgruppeintervju	32
3.6	Studiens setting og utvalg	34
3.7	Intervjuguide.....	37
3.8	Gjennomføring av intervjuer	38
3.9	Dataanalyse	40
3.10	Min rolle som forsker	43
3.11	Etiske refleksjoner	45
3.12	Oppsummering	47
4.0	Presentasjon av funn.....	48
4.1	Aktivitetene.....	48
4.2	Pasientene	51

4.3	Pårørende	54
4.4	Medarbeiderne	57
4.5	Organisasjonens strukturelle faktorer	65
4.6	Koronapandemien.....	71
4.7	Oppsummering	71
5.0	Drøfting av funn	73
5.1	Fra konkret til abstrakt: en syntetisert modell	74
5.2	Autonom og kontrollert motivasjon.....	78
5.3	Prososial motivasjon og atferd i en styringspreget kontekst	83
5.4	Leders dobbeltrolle som menneskelig og strukturell faktor	86
5.5	Årsaksforklaringer og aktør-brikke perspektivet.....	88
5.6	Oppsummering	93
6.0	Konklusjon	94
6.1	På hvilken måte blir prioritering og gjennomføring av aktiviteter påvirket av organisasjonens interne faktorer?	95
6.2	Hvordan kan gjennomføring av aktiviteter påvirkes av faktorer utenfor organisasjonen?	95
6.3	Hvilke faktorer påvirker medarbeidernes motivasjon for gjennomføring av aktiviteter for pasientene?	96
6.4	Blikk bakover.....	97
6.5	Ett svar med to streker?	98
7.0	Referanser.....	99
8.0	Vedlegg	103
8.1	Intervjuguide.....	103
8.2	Informasjonsskriv og samtykkeerklæring.....	106
8.3	Godkjenning NSD	110

Figurer og modeller

Figur 1.1	Plassering av egen studie i det empiriske landskapet.....	5
Figur 2.1	Avhandlingens teoretiske ramme	7
Figur 2.2	Avhandlingens teoretiske ramme; motivasjon	8
Figur 2.3	Avhandlingens teoretiske ramme; selvbestemmelsesteorien	12
Figur 2.4	Avhandlingens teoretiske ramme; styring i offentlig sektor	15
Figur 2.5	Avhandlingens teoretiske ramme; attribusjonsteori	22
Figur 2.1	Avhandlingens teoretiske ramme	26
Tabell 3.1	Tidlig og endelig problemstilling og forskningsspørsmål	29
Figur 3.1	Eksempel på transkribert materiale	41
Figur 3.2	Eksempel på kodet materiale.....	42
Figur 3.3	Utdrag fra kategorisert materiale.....	42
Figur 3.4	Kategoriserte data samlet og pr. sykehjem.....	43
Figur 3.5	Utskrift av kategoriserte data.....	43
Figur 4.1	Faktorer som påvirker gjennomføring av aktiviteter	72
Figur 5.1	Sammenheng mellom teori, funn, analyse og drøfting.....	73
Figur 5.2	Styring, motivasjon og aktør-brikke.....	91
Figur 4.1	Faktorer som påvirker gjennomføring av aktiviteter.....	94

1.0 Innledning

Jaså, du jobber på sykehjemmet? Si meg en ting, hvorfor skjer det aldri noe hyggelig for pasientene? De sitter jo og halvsover i rullestolene på stua hele dagen. Er det fordi dere har for mye å gjøre, eller er det fordi dere ikke unner mor å delta på bingo?

Denne masteravhandlingen handler om medarbeideres prioritering og gjennomføring av aktiviteter for pasienter i sykehjem. Noen ganger blir aktiviteter gjennomført, andre ganger blir de det ikke. Hva kan årsaken være? Kan det ha sammenheng med den enkelte medarbeiders motivasjon for oppgaven og hvorvidt medarbeideren prioriterer aktiviteter med pasientene framfor andre oppgaver i avdelingen? Hvordan påvirkes medarbeidernes valg og handlinger av pasientene, av kollegaene, av egen motivasjon for oppgaven, og av styring og beslutninger de i liten grad kan påvirke? Hvilke faktorer har innflytelse på når, hvordan og i hvilken grad aktiviteter blir prioritert og gjennomført?

Dette er essensen i mitt forskningsprosjekt. Selv om konteksten er definert til sykehjem, håper jeg at avhandlingens sentrale elementer vil kunne være gjenkjennelige og overførbare også til andre profesjonskontekster. I så fall vil min masteravhandling kunne bidra til å belyse hvordan interne og eksterne faktorer kan påvirke gjennomføring av organisasjonens kjerneoppgaver, samt hvordan medarbeidere motiveres til å prioritere og gjennomføre oppgavene.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Nasjonale standarder skal sikre pasienter i sykehjem et godt liv med et veltilpasset aktivitetsnivå, uavhengig av hvilken kommune og hvilket sykehjem pasientene bor i. Gjennom Kvalitetsforskriften (2003, § 3) skal pasienten få dekket sine grunnleggende behov, blant annet ved «mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet.» I Sykehjemsforskriften (1989, § 4-4) vektlegges pasientens rett til å ivareta egne interesser: «Beboerne skal ha adgang til å dyrke sine interesser og forme sin tilværelse som de ønsker i den utstrekning det er

forenelig med den medisinske behandling, drift av boformen og av hensynet til andre beboere».

Til tross for sentrale myndigheters gode intensjoner om et veltilpasset aktivitetstilbud, hevder Haugland (2012, s. 43), i tråd med St.meld. nr. 25 (2005-2006, s. 9), at noen av de største svakhetene ved dagens omsorgstilbud er mangelen på aktivitet, sosiale og kulturelle forhold. Dette til tross for at helsepersonell opplever det som spesielt meningsfylt å gi pasientene tid, lindring og velvære (Meyer, Eilertsen, & Ytrehus, 2010, s. 151).

Nasjonale føringer setter en normgivende standard, men praksis er ofte en annen. Gjennom mange års arbeid i sykehjem, både som leder og medarbeider, har jeg ofte undret meg over ulikhetene i pasientenes aktivitetstilbud, selv på et så lavt organisatorisk nivå som to avdelinger ved det samme sykehjemmet. Noen avdelinger skiller seg fra de øvrige ved at de over tid gjennomfører flere eller færre aktiviteter for pasientene enn de andre avdelingene ved sykehjemmet. Brukerundersøkelser i Oslo kommune viser det samme: Pasienter i sykehjem beskriver opplevde ulikheter og kvalitetsforskjeller i tjenestetilbudet, både internt i det enkelte sykehjem og mellom ulike sykehjem i samme kommune (Oslo kommune, 2018).

Disse resultatene støttes av Isaksen, Ågotnes og Fagertun (2018). Selv om standarder skal bidra til likere tjenester for pasienter i sykehjem, er det store variasjoner i rutiner og arbeidsmåter både på tvers av og internt i sykehjem (s. 144). Spesielt når det gjelder aktiviteter er det store ulikheter mellom sykehjemsavdelingene (s. 148).

Med disse bekreftelsene på at det faktisk eksisterer ulikheter i aktivitetstilbudet både mellom sykehjem og innenfor de enkelte sykehjemmene, vil min studie kunne bidra til å forklare hvilke faktorer som påvirker hvordan medarbeidere prioriterer og gjennomfører aktiviteter, samt hvordan disse faktorene opererer sammen og hver for seg.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Følgende problemstilling skal belyses:

Hvilke faktorer er av betydning for prioritering og gjennomføring av aktiviteter i sykehjem, og hvordan påvirkes medarbeidernes motivasjon for oppgaven?

Problemstillingen er operasjonalisert i følgende forskningsspørsmål:

1. På hvilken måte blir prioritering og gjennomføring av aktiviteter påvirket av organisasjonens interne faktorer?
2. Hvordan kan gjennomføring av aktiviteter påvirkes av faktorer utenfor organisasjonen?
3. Hvilke faktorer påvirker medarbeidernes motivasjon for gjennomføring av aktiviteter for pasientene?

1.3 Begrepsavklaring

Gjennom avhandlingen har jeg ikke trukket et skarpt skille mellom begrepene *prioritering* og *gjennomføring* av aktiviteter, og uten motsetningsforhold benytter jeg begrepene nærmest synonymt i det videre arbeidet.

Somatisk avdeling er i avhandlingen benyttet som en motsats til *demensavdeling*. I sistnevnte avdelinger bor pasienter med demens og kognitiv svikt som mest fremtredende diagnose. *Somatisk* betyr *som har med kroppen å gjøre* (Medisinsk ordbok, 2021). Somatiske avdelinger er for pasienter hvis kroppslige diagnoser er mer fremtredende enn de kognitive.

I studien benyttes begrepene *beboer* og *pasient* synonymt om mennesker som bor i sykehjem, og begrepenes innhold er i denne avhandlingen sidestilt.

1.4 Avgrensninger

Min avhandling er teoretisk avgrenset til fire hovedområder: *Motivasjonsteori*, *selvbestemmelsesteorien*, *styring i offentlig sektor* og *attribusjonsteori*. Dette teoretiske rammeverket fører studien i en på forhånd definert retning. Alternative teoretiske områder, eksempelvis organisasjonskultur eller ledelse, ville åpnet for andre spørsmål og frembrakt andre svar (Merriam & Tisdell, 2016, s. 84-89).

Meningen med studien har ikke vært å sammenligne resultater, hverken mellom sykehjemmene eller mellom informantene. Jeg har behandlet det innsamlede materialet som en helhet, uavhengig av hvilken informant fra hvilket sykehjem som svarte hva. Likevel har jeg i deler av drøftingskapitlet, blant annet i kapittel 5.5, vist til ulikheter mellom sykehjemmene som en del av den overordnede analysen. I disse enkeltstående eksemplene beskriver jeg visse

forskjeller og likheter som utgangspunkt for videre drøfting, uten at dette er ment å være en helhetlig sammenligning av de ulike sykehjemmene.

1.5 Aktivitet for pasienter i sykehjem

Aktivitet er viktig for å opprettholde god livskvalitet for pasienter i sykehjem (Meld. St. 15, 2018, s. 82). Ordet *aktivitet* tillegges ulikt innhold i ulike sammenhenger og av ulike mennesker. Aktivitet for én er ikke nødvendigvis aktivitet for en annen, men ulike former for aktivitet og fellesskap har betydning gjennom hele livet. Aktive mennesker lever lenger, har bedre livskvalitet, har bedre fysisk og psykisk funksjonsnivå og er mindre deprimerte. I tillegg kan aktivitet virke forebyggende mot utvikling av demenssykdom (Verghese et al., 2003, referert i Vik, 2012, s. 23).

Eliassen og Hartviksen (2020, s. 5-8) deler aktivitetsbegrepet i seks kategorier som kan kombineres på forskjellige måter:

Fysisk aktivitet forebygger skader, sykdom og funksjonstap, gir økt livskvalitet, mestringsfølelse og fellesskap med andre.

Sosial aktivitet handler om sosiale relasjoner, fellesskap, deltakelse og samtaler.

Intellektuell aktivitet som kryssord, håndarbeid og lesing kan bidra til å opprettholde den kognitive kapasiteten og skaper opplevelser og mestring.

Kulturell og eksistensiell aktivitet påvirker vår sosiale og personlige identitet og fremmer følelser av trygghet, mening og tilhørighet.

Produktiv aktivitet som ADL-oppgaver (Activities of Daily Living) er aktiviteter knyttet til personlig stell og pleie, husholdning og det å leve og bo.

Digital aktivitet åpner muligheter for økt deltakelse på andre aktivitetsområder, eksempelvis ved bruk av sosiale medier.

1.6 Plassering av egen forskning i empirisk kontekst

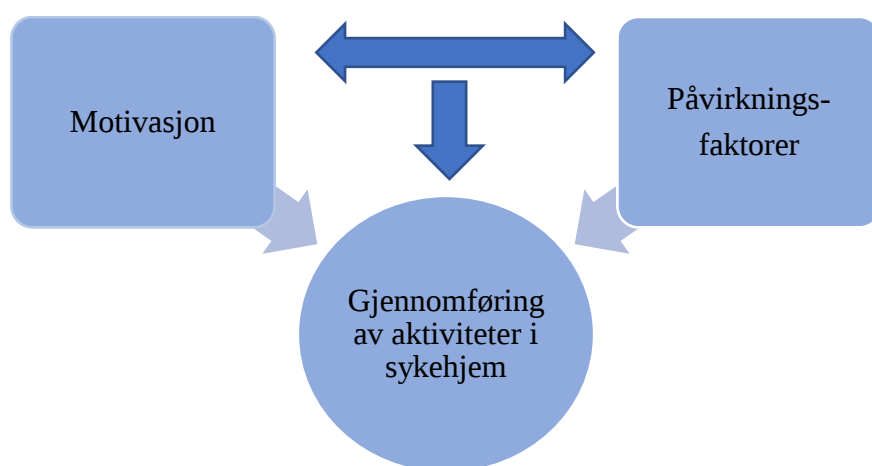
Forskning om aktivitet for pasienter i sykehjem viser at aktivitet ofte har positive effekter for pasientene, og at manglende aktivitet kan ha negative konsekvenser. Lavt aktivitetsnivå, særlig når det gjelder fysisk aktivitet, er en risikofaktor for dårlig helse, nedsatt funksjonsnivå, lavere mobilitet og falltendenser (Telenius, Granbo, Helbostad, & Langhammer, 2019). En studie fra 2017 (Slettebø et al., s. 718) viser positiv sammenheng mellom sykehjemspasienters deltakelse i aktivitet

og deres opplevelse av verdighet, så lenge aktivitetene er individuelt tilpasset pasientenes interesser og funksjonsnivå.

I denne studien vil jeg ikke undersøke hvilken betydning aktiviteter har for sykehjemspasienters helse og livskvalitet. Jeg undersøker heller ikke hva pasientene selv eller deres pårørende er opptatt av. Derimot vil jeg videreformidle medarbeidernes oppfatninger av hvilke faktorer som påvirker muligheten for gjennomføring av aktiviteter, og hvilken rolle motivasjonen spiller når de i arbeidshverdagen gjennomfører sine oppgaver.

Et stort forskningsfelt tar for seg motivasjon blant medarbeidere i helsesektoren. Eksempler er Lotte Bøgh Andersen (2009), Franco, Bennett, Kanfer og Stubblebine (2004), Dill, Erickson og Diefendorff (2016) og Buelens og Van den Broeck (2007). Det er også mangfoldig empiri om hvordan ulike faktorer påvirker helsepersonells mulighet til å utføre sine oppgaver, blant annet Ingstad (2010), Bowers, Luring og Jacobson (2001), og Hallin og Danielson (2007).

Jeg plasserer min studie mellom disse to retningene, ved at jeg både undersøker hvilke faktorer som påvirker oppgaveutførelsen, og også hvordan medarbeiderens motivasjon er av betydning for det samme. Videre drøfter jeg det gjensidige spillet mellom påvirkningsfaktorer og motivasjon, og hvordan dette kan forsterke eller svekke muligheten for å gjennomføre aktiviteter for pasientene.



Figur 1.1 Plassering av egen studie i det empiriske landskapet (min framstilling)

1.7 Masteravhandlingens oppbygning og struktur

I dette innledningskapitlet har jeg introdusert min studie. Problemstilling, forskningsspørsmål og avgrensninger angir studiens retning, og studien er plassert på det empiriske kartet.

I kapittel 2 vil jeg presentere avhandlingens teoretiske fundament: motivasjonsteori, selvbestemmelsesteorien, styring i offentlig sektor og attribusjonsteori.

I kapittel 3 gjør jeg rede for valg av forskningsdesign og metode, gjennomføring av intervjuer samt analyse av data i etterkant av intervjuene.

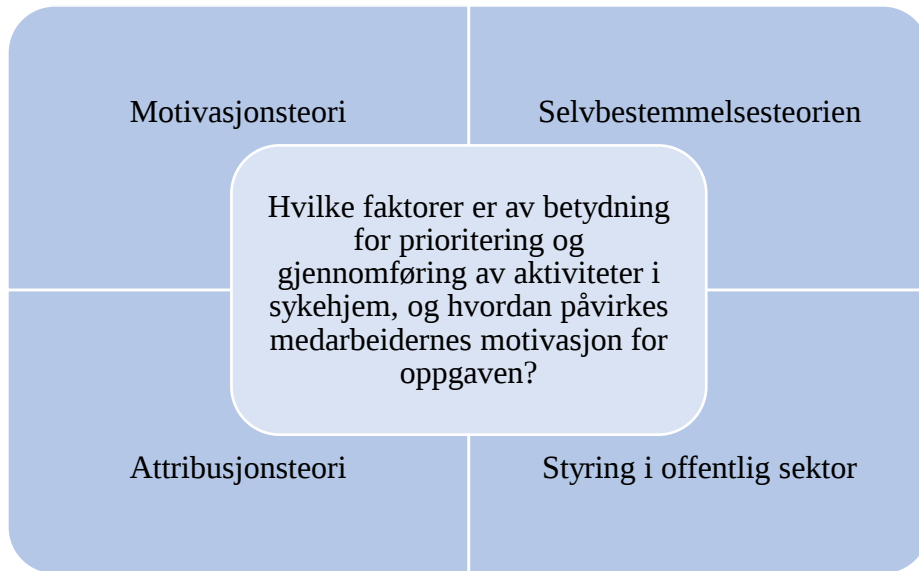
I kapittel 4 presenterer jeg resultatene fra datainnsamlingsprosessen, konsentrert til en oversiktlig og leservennlig fremstilling av informantenes betraktninger.

I kapittel 5 løfter jeg foregående kapittels konkrete data opp til et høyere nivå, og vil fra et helhetlig og abstrakt perspektiv tolke dataene mot teori og empiri som presentert i kapittel 2.

I kapittel 6 samler jeg trådene og besvarer forskningsspørsmålene.

2.0 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet gjør jeg rede for fire teoretiske retninger som grunnlag for å belyse problemstillingen:



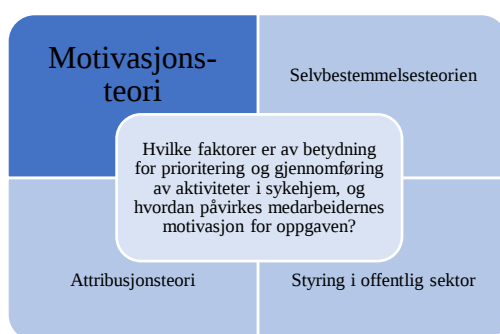
Figur 2.1 Avhandlingens teoretiske ramme (min framstilling)

Teorigrunnlaget skal jeg senere benytte til å drøfte resultatene som fremkom under intervjuene. Det gir oppgaven retning og setter fokus på det jeg mener er både riktig og viktig. Det samme datamaterialet kunne ha gitt andre svar hvis forskeren hadde hatt andre teoretiske briller på, men jeg benytter meg av det forskningsmessige privilegium å selv sette rammene for egen studie og definere i hvilket lys jeg ønsker å se resultatene.

Motivasjonsteori med spesielt fokus på prososial motivasjon, altruisme og prososial atferd presenteres først, siden dette området er særlig sentralt i min studie. Deretter vil jeg presentere *selvbestemmelsesteorien*, *styring i offentlig sektor* og *attribusjonsteori*. Hvert delkapittel avsluttes ved at det aktuelle fagområdet kobles sammen med *motivasjon*. På denne måten går en rød tråd gjennom teoriframstillingen, siden de fire teoretiske retningene både sammen og hver for seg kan belyse problemstillingen.

2.1 Motivasjon

I øvre venstre hjørne (figur 2.2) finner vi *motivasjon*. Gjennom utvalgt teori og empiri søker jeg å forklare hvordan medarbeidernes motivasjon kan være en årsaksfaktor for gjennomføring, eller ikke gjennomføring, av aktiviteter for pasientene.



Figur 2.2 Avhandlingens teoretiske ramme; motivasjon (min framstilling)

Motivasjon er en drivkraft som gir retning for atferd mot et bestemt mål og opprettholder atferd med en viss intensitet (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 113). Motivasjon har sin opprinnelse i det latinske *movere*, som betyr *bevegelse* (Steers et al., 2004, referert i Latham, 2012, s. 3).

Hein (2009, s. 17-18) refererer til Larsen et al. (2005) når hun peker på tre årsaksfaktorer til motivasjon. Motivasjon forårsakes av trekk ved *det enkelte menneske*, som genetiske faktorer, iboende behov, livssituasjon, alder og sivil status. Motivasjon forårsakes også av trekk i *virksomheten* og oppstår på grunn av selve arbeidet, oppgavene, sosiale prosesser og de vilkår som tilbys, for eksempel lønn, ledelse og sosiale muligheter. Motivasjon kan også skyldes forhold i *samfunnet*, som lover, regler, kultur og religion.

I likhet med Hein (2009), mener Kanfer og Chen (2016, s. 7) at motivasjon dreier seg om krefter som oppstår både *i* og *utenfor* mennesker. For at vi skal nå våre mål, iverksetter vi et sett av emosjonelle, atferdsmessige og kognitive prosesser og handlinger. Disse handlingene er tidsbegrenset, repeterende og påvirker hverandre gjensidig fram til målet er nådd.

For ledere er kunnskap om motivasjon viktig for å forstå medarbeidernes atferd og kunne påvirke atferden i retning av måloppnåelse (Panagiotis, Alexandros, & George, 2014, s. 417). Motivasjon i arbeidslivet handler om

samspeilet mellom individet og organisasjonen. Motivasjon er tilstede ved kobling mellom medarbeiderens mål og organisasjonens mål (Franco et al., 2004, s. 344).

Kanfer og Chen (2016, s. 6) hevder at både individuelle, sosiale og kontekstuelle faktorer påvirker målvalg og intensjoner med atferd, både individuelt og i de motivasjonsprosesser som foregår i team eller grupper. For å finne kilden til motivasjon, må vi altså lete både hos det enkelte individ og i individets sosiale omgivelser.

2.1.1 Indre og ytre motivasjon

Innenfor det motivasjonsteoretiske feltet er det vanlig å skille mellom *indre* og *ytre motivasjon* (Hetland & Hetland, 2009, s. 141) eller mer presist: «Indre og ytre påvirkningsfaktorer som virker inn på en kjede av psykologiske prosesser» (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 145).

Deci og Ryan (2002, s. 37) gir følgende forklaring på indre og ytre motivasjon: «The concept of intrinsic motivation (IM) refers to behaviors performed out of interest and enjoyment. In contrast, extrinsic motivation (EM) pertains to behaviors carried out to attain contingent outcomes». Indre motivasjonsfaktorer kan være behov, forventninger, holdninger og følelser. Ytre motivasjonsfaktorer kan være av sosial og miljømessig art, som sosiale normer, lønn, anerkjennelse og status. Ved indre motivasjon oppleves oppgaven i seg selv som en belønning (Deci et al., 1989, referert i Kuvaas, 2008, s. 39), mens ytre motivasjon er relatert til faktorer som belønning, straff eller unngåelse av ubehag (Hetland & Hetland, 2009, s. 141).

Relasjonen mellom indre og ytre motivasjon er ikke konstant og vil variere mellom oppgaver og situasjoner. Noen oppgaver utføres på bakgrunn av høy indre og lav ytre motivasjon, noen vil medføre lav indre men høy ytre motivasjon, mens atter andre kan score høyt på begge motivasjonsfaktorene. De minst attraktive oppgavene har lav score på både indre og ytre motivasjon (Hetland & Hetland, 2009, s. 141).

Panagiotis et al. (2014, s. 417) viser til Perry og Hondeghem (2008) når de hevder at arbeid i offentlig sektor gir trygge arbeidsforhold, gode pensjonsmuligheter og forutsigbar inntekt, noe som bidrar til høy grad av ytre motivasjon blant medarbeiderne.

2.1.2 Prososial motivasjon

En tredje motivasjonstype er *prososial motivasjon*. Indre og ytre motivasjon er egoistiske motivasjonsfaktorer hvor man ønsker å oppnå et gode for sin egen skyld. Prososial motivasjon, derimot, innebærer et ønske om å legge til rette for at andre skal føle trivsel, glede og velbehag. Dette er særlig fremtredende innenfor offentlig sektor blant sykepleiere og annet helsepersonell (Dill et al., 2016, s. 99). Selv om sykepleiernes fremste arbeidsoppgave er å ivareta pasientenes grunnleggende behov, opplever de det som frustrerende og vanskelig når arbeidssituasjonen ikke gir rom for å kunne gi pasientene det lille ekstra (Ingstad, 2010, s. 15).

Bowers et al. (2001, s. 485) melder i sin studie at sykepleiere er mest tilfreds med og motiveres av oppgaver hvor de har mulighet for å samhandle med pasientene og imøtekomme pasientenes behov for sosialt samvær, framfor oppgaver som møteaktivitet, rapportering og dokumentasjon.

2.1.3 Altruisme

Kjernebegrepet i prososial motivasjon er *altruisme*, hvor den utløsende faktor for atferd er troen på at andre vil dra nytte av våre handlinger. Latinske *alteri huic* betyr *til den andre* (Gormley, 1996, s. 581).

McGaghie, Mytko, Brown og Cameron (2002, s. 374, 375) forklarer at altruisme er synlig atferd i spesifikke situasjoner, med opphav i menneskers indre kjerne av barmhjertighet og medlidenhet. Barmhjertighet er vesentlig for vår tilknytning til andre mennesker og for individuelt og kollektivt velbehag. McGaghie et al. (2002) hevder videre at altruisme og altruistisk atferd er grunnleggende for medarbeidere som velger å jobbe med mennesker generelt og innenfor helsevesenet spesielt. Altruisme er ikke en konstant egenskap, men kan forsterkes ved motivering og holdningsendring.

2.1.4 Prososial atferd

Det konkrete utfallet av prososial motivasjon og altruisme er *prososial atferd*, som er observerbare handlinger motivert av ønsket om å gjøre noe positivt for andre. Prososial atferd kan rettes mot enkeltindivider, grupper eller hele organisasjonen (Penner, Dovidio, Piliavin, & Schroeder, 2005, s. 366). Atferden

kan være bidrag til oppgaveløsning eller tiltak kun for hygge. Feather, McGillis Hall, Trbovich og Baker (2018, s. 770) omtaler prososial atferd som «sosial valuta», som når det veksles inn fører til mer effektiv tjenesteproduksjon og økt sosial samhandling i arbeidsmiljøet.

I følge Penner et al. (2005, s. 366) er prososial atferd et resultat av sosial læring, oppstått på bakgrunn av personlige og sosiale normer og standarder, eller et resultat av emosjoner som empati, sympati og medlidenhet. Atferden kan betraktes på ulike nivåer. På *mikronivået* forklares prososial atferd som et resultat av biologisk utvikling, genetiske betingelser og menneskers behov for gruppetilhørighet. Menneskers prososiale personlighet består av egenskaper som empati, ansvarlighet og hjelpsomhet. På *makronivået* utspiller prososial atferd seg innenfor store organisasjoner, store grupper eller på samfunnsnivå, hvor samarbeid mellom individer og grupper, eksempelvis frivillig arbeid, gir positive konsekvenser for alle involverte. Mellom mikro- og makronivået finner vi *mesonivået* som er relevant for min egen studie. Her oppstår prososial atferd i møtet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker i en spesifikk kontekst, noe jeg kan relatere til forholdet mellom medarbeider og pasient i sykehjemmet.

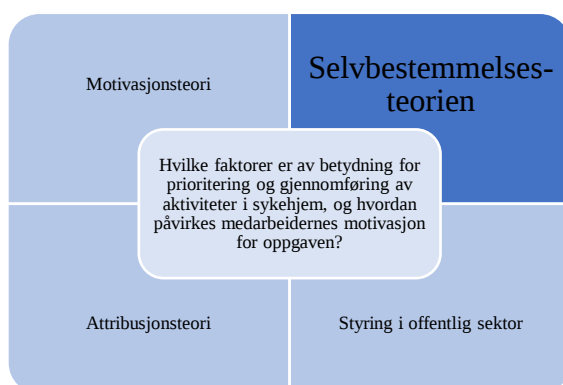
2.1.5 Fagprofesjoner og motivasjon

Motivasjon varierer mellom ulike typer medarbeidere, mener Hein (2009, s. 187), og skisserer hvordan ulike medarbeidere motiveres av ulike faktorer. Noen medarbeidere drives av et kall og ønsket om å gjøre en forskjell. Disse medarbeiderne har svært sterke verdier og idealer som gir retning for atferd og prioritering av oppgaver. Arbeidet er en viktig kilde til identitet og tilfredshet. De ekstroverte medarbeiderne drives av utadvendt prestasjon, anerkjennelse og suksess, mens de introverte medarbeiderne motiveres av innadvendte prestasjoner. Medarbeidere som ønsker en balanse mellom sine roller som privatperson og medarbeider prioriterer atferd og oppgaver ut fra dette. Andre betrakter arbeidet som en kilde til lønn og ressurser og justerer egen innsats til forventet belønning.

2.2 Selvbestemmelsesteorien

Fra en generell redegjørelse om ulike former for motivasjon, spesifiserer jeg motivasjonsbegrepet når jeg nå går videre til figur 2.3 (s. 12) og øvre høyre

hjørne. Her er *selvbestemmelsesteorien*; en motivasjonsmodell med fokus på tre sentrale behov som utgangspunkt for våre handlinger.



Figur 2.3 Avhandlingens teoretiske ramme; selvbestemmelsesteorien (min framstilling)

Deci og Ryans (1985) selvbestemmelsesteori er en av de mest sentrale motivasjonsteoriene og skiller mellom indre og ytre motivasjon (Hein, 2019, s. 196-198). Tre menneskelige behov defineres som utgangspunkt for motivasjon: behovet for *selvbestemmelse*, *kompetanse* og *tilhørighet* (Gagné & Deci, 2005, s. 336-337). Behovet for selvbestemmelse anses som mer vesentlig enn behovet for kompetanse og tilhørighet (Kuvaas, 2008, s. 40). Når mennesker har mulighet til å foreta egne valg og dermed innehar høy grad av autonomi, resulterer dette i økt myndiggjøring, økt selvbestemmelse og økt interesse for oppgavene (Latham, 2012, s. 155). Dette gjør at medarbeiderne investerer mer tid og krefter i oppgavene, tar mer initiativ og viser mer ansvar for å fullføre oppgavene på en god måte.

2.2.1 Selvbestemmelse

Mennesker har et iboende behov for selv å kunne velge hva vi skal gjøre og hvordan vi skal gjøre det. Vi ønsker å bestemme selv framfor å bli presset til en oppgave. Å ha kontroll over egen arbeidssituasjon og få ansvar for oppgaveutførelsen anses som et gode (Hetland & Hetland, 2009, s. 142). Fri vilje og egne valg bør derfor danne grunnlaget for våre handlinger (Olafsen, 2018, s. 57). Fullkommen autonomi er når handlinger utføres uten ytre påvirkning. Man

kan være bevisst på andres innflytelse og likevel fritt bestemme seg for *om* og *hvordan* man vil handle (Hein, 2019, s. 199-200).

2.2.2 Kompetanse

Motivasjonen påvirkes negativt når vi ikke har nok eller rett kompetanse til å utføre en oppgave. Det er også demotiverende å inneha kompetanse vi ikke får brukt (Hetland & Hetland, 2009, s. 144). Det er motiverende å føle mestring, men mestring i seg selv er ikke tilstrekkelig for å oppnå indre motivasjon. Dersom man ikke kan benytte kompetansen på en måte man selv ønsker og bestemmer, oppnås ikke indre motivasjon. Kompetanse og selvbestemmelse er tett koblet sammen (Hein, 2019, s. 200).

2.2.3 Tilhørighet

Å knytte oss til andre mennesker, være en del av et fellesskap, å gi og få omsorg og bekreftelse er grunnleggende menneskelige behov. Vi er sosiale og ønsker å være en del av en gruppe, å høre til og å ha en flokk (Olafsen, 2018, s. 57). På bakgrunn av behov for tilhørighet, lar vi omgivelsenes normer og verdier være grunnlag for våre handlinger. Vi handler på samme måte som rollemodellene i våre omgivelser, samtidig som vi selv blir rollemodeller for andre (Hein, 2019, s. 201). Vår atferd, både på jobb og privat, påvirkes av den sosiale konteksten vi er en del av (Olafsen, 2018, s. 57).

2.2.4 Selvbestemmelsesteorien og motivasjon

Selvbestemmelsesteorien skiller mellom *autonom motivasjon* og *kontrollert motivasjon* (Gagné & Deci, 2005, s. 333). Autonom motivasjon kan forklares på bakgrunn av indre motivasjon. Når medarbeiderne utfører en oppgave de synes er interessant eller spennende, gjør de dette av egen fri vilje. Motivasjonen for å utføre oppgaven ligger hos dem selv, altså er den autonom. Autonom motivasjon inneholder en viss grad av ytre motivasjonskilder i de tilfeller hvor den ytre motivasjonskilden er godt internalisert i individet. Ved kontrollert motivasjon, derimot, utføres oppgaven på bakgrunn av press og en følelse av å være tvunget til å utføre oppgaven (Gagné & Deci, 2005, s. 334, 340).

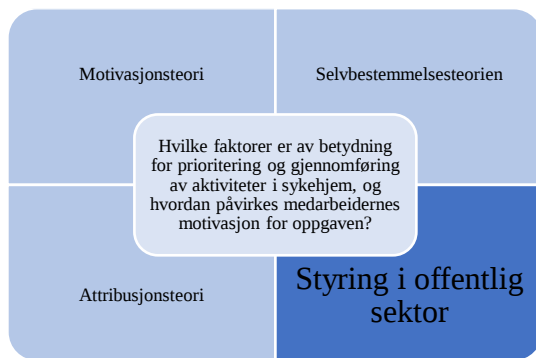
Det er ikke snakk om et enten/eller forhold mellom autonom og kontrollert motivasjon. Handlingene kan plasseres på en skala med større eller mindre grad av begge motivasjonstypene, og det ene utelukker ikke nødvendigvis det andre (Gagné & Deci, 2005, s. 334).

Ytre motivasjonsfaktorer vil påvirke atferden i varierende grad, avhengig av hvordan medarbeideren relaterer til den ytre motivasjonsfaktoren og hvorvidt den oppleves som *introdusert*, *identifisert* eller *integrert* (Bøgh Andersen & Holm Pedersen, 2014, s. 74). Om de ytre motivasjonsfaktorene internaliseres i individet, avhenger av om behovene for selvbestemmelse, tilknytning og kompetanse blir dekket. Ved introdusert motivasjon blir styringstiltak akseptert, uten at medarbeideren er enig i tiltaket. Handlingen utføres utelukkende for å få anerkjennelse eller for å unngå negative konsekvenser. Når medarbeideren identifiserer seg med atferdens verdi for måloppnåelse og føler at dette er en handling han selv kan stå inne for, er motivasjonen identifisert. Størst internalisering av ytre motivasjonsfaktorer finner vi når disse blir fullt ut integrert som en del av medarbeideren, altså integrert motivasjon. Som et eksempel nevner Bøgh Andersen og Holm Pedersen (2014, s. 75) yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Dersom disse er fullt overens med sykepleierens normer og vedkommende automatisk lever opp til retningslinjene, er motivasjonen integrert.

I min studie fant jeg eksempler på både introdusert og identifisert motivasjon hos informantene. Introdusert motivasjon lå til grunn når en medarbeider tok pasienten med til felles aktivitet fordi leder ga beskjed om dette, til tross for egen vurdering om at denne aktiviteten ikke ville være et gode for pasienten. Identifisert motivasjon kom til syne når medarbeiderne gjennomførte aktiviteter for å gi pasienten gode opplevelser. Selv om datagrunnlaget ikke gir klare eksempler på integrert motivasjon, er det nærliggende å tolke at medarbeidere som ble omtalt som *ildsjeler* for gjennomføring av aktivitet, vil kunne utføre sine handlinger på bakgrunn av integrert motivasjon.

2.3 Styring i offentlig sektor

Fra først det generelle og så mer spesifikt om motivasjon, beveger vi oss videre til figur 2.4 (s. 15) og *styring i offentlig sektor*.



Figur 2.4 Avhandlingens teoretiske ramme; styring i offentlig sektor (min framstilling)

Styring kan betraktes som «en samlet betegnelse for de bestræbelser, beslutningstagerne gør for at fastsætte og opnå deres målsætninger. Ved styringstiltak forstås konkrete initiativer, der retter sig mod at fremme eller forhindre en bestemt atfærd» (Bøgh Andersen & Holm Pedersen, 2014, s. 15). Styring er nødvendig for å nå organisasjonens mål, men kan av medarbeiderne like gjerne oppleves som kontroll, tilsyn og overvåking framfor støtte og en veiviser i arbeidet. Styring konkretiseres og synliggjøres i ulike former på ulike nivåer. Lover, forskrifter, offentlige utredninger og andre styringsdokumenter danner en plattform for sentrale og lokale aktørers utøvelse av styring. Økonomi, organisering og tjenestekvalitet er eksempler på områder som styres på bakgrunn av en felles styringsplattform (Bejerot & Hasselbladh, 2003, s. 114).

Ulike IT-systemer brukes som styringsverktøy i utøvelse av tjenestene. Elektroniske pasientjournaler har et todelt formål: dels skal pasientene kunne følge sin egen behandlingsprosess, dels skal virksomhetene kunne følges opp. Der pasientjournaler tidligere ble benyttet for å ha oversikt over pasientenes diagnoser og tiltak, har de nå blitt et verktøy for å styre virksomhetene i ønsket retning. Virksomhetenes mål og resultater kan sammenlignes med tilsvarende virksomheter på nasjonalt eller lokalt nivå, eller de kan sammenlignes med seg selv og egen utvikling over tid (Bejerot & Hasselbladh, 2003, s. 120). IPLOS-registeret er et nasjonalt register som benyttes til dokumentasjon og rapportering mellom stat og kommuner. Registeret inneholder informasjon om personer som har søkt, mottatt eller mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, og formålet er å «gi grunnlag for overvåkning, kvalitetssikring, planlegging, utvikling og overordnet styring av helse- og omsorgstjenesten og helse- og

omsorgsforvaltningen» (Forskrift om IPLOS-registeret, 2006, § 1-3 første ledd første punkt). Informantene i min studie hadde erfaring med dokumentasjon og utarbeidelse av tiltaksplaner i elektronisk pasientjournal (Gerica) og registrering av funksjonsvariabler i IPLOS-registeret.

Nok en dimensjon av styringsbegrepet er ifølge Bejerot og Hasselbladh (2003, s. 120) styring av kunnskap. Medarbeiderne må ha nødvendig kompetanse for å utføre oppgavene i tråd med gitte standarder. Kontinuerlig informasjonsflyt mellom styrende og utøvende nivå er en forutsetning for at styringsvedtak skal kunne implementeres og videreføres i virksomhetenes daglige drift.

Graden av styring i offentlig sektor har økt de siste årene. Der medarbeiderne tidligere opplevde tillit, autonomi og kunne utøve faglig skjønn, opplever de nå kontroll av hvordan de utfører sine arbeidsoppgaver (Bøgh Andersen & Holm Pedersen, 2014, s. 11).

I offentlig sektor synliggjøres styringen langs hierarkiske relasjoner mellom overordnet og underordnet på flere nivåer, hvor den underordnede part skal utføre handlinger som er bestemt av den overordnede. Også politikerne inngår i hierarkiet. Politikernes oppgave er å fatte overordnede styringsvedtak som iverksettes på ulike hierarkiske nivåer, fra kommunedirektøren og ned til den enkelte sykepleier, helsefagarbeider eller assistent i sykehjemmet (Bøgh Andersen & Holm Pedersen, 2014, s. 13).

2.3.1 New Public Management som styringsideal

På 1950-tallet ble eldreomsorg del av den offentlige velferdspolitikken, og med det begynte en modernisering og faglig satsning på eldreomsorgen. I løpet av 1990-årene nådde *New Public Management* (NPM) Norge (Ingstad, 2010, s. 14). Med New Public Management implementeres styringspraksis fra privat sektor inn i offentlig sektor, med sterk vektlegging av mål- og resultatstyring. Det innføres standarder for å sikre likeverdige tjenester, og det stilles store krav til profesjonell ledelse. Det manes til sparsommelighet i bruk av offentlige ressurser; bedre tjenester til lavere kostnad, mer helse for hver krone. Parallelt med dette, eller kanskje som en konsekvens, øker de statlige kravene om lik standard i helsetjenestene. Dette for å sikre at kvaliteten i tjenestetilbudet blir lik over hele landet, uavhengig av i hvilken landsdel, kommune, sykehjem eller avdeling

pasienten mottar sitt tilbud. Tjenestestandardene påvirker både medarbeidere og ledere og måten de utøver faget på. Nye verktøy, eksempelvis avviksrapporing, forventes tatt i bruk (Isaksen et al., 2018, s. 144). Tjenestekvaliteten skal forbedres, og paradoksalt nok opprettes systemer for å kvalitetssikre arbeidet med å forbedre tjenestekvaliteten.

Diefenbach (2009) hevder at NPM har negative konsekvenser for en rekke organisatoriske områder. Sett i sammenheng med min egen studie, er hans betraktninger om NPMs betydning for medarbeiderne særlig interessant. Diefenbach hevder nemlig at NPM påfører medarbeidere i offentlig sektor en rekke negative psykososiale konsekvenser, som økt stressnivå, arbeidsrelaterte sykdommer, synkende arbeidsmoral, lav jobbtfredshet, nedsatt motivasjon, fremmedgjøring, frykt og sinne. I tillegg kommer økende følelse av håpløshet og likegyldighet knyttet til økt krav om dokumentasjon og rapportering, samt motstand mot byråkratiske og detaljerte prosedyrer. Arbeidsmiljøet preges av høyt spenningsnivå, mistenksomhet, opprørstendenser, tøffere klima og kontroll (Diefenbach, 2009, s. 894).

Diefenbachs kritiske syn blir noe moderert av Kamp, Klemsdal og Gonäs (2013, s. 1-2). De beskriver NPMs påvirkning på offentlig sektor i de nordiske landene som annerledes sammenlignet med blant annet Storbritannia og USA. Det snakkes om en mykere variant av NPM i vår del av verden, hvor moderniseringen er mer moderat og i større grad et resultat av forhandlinger mellom partene i offentlig sektor. Lokale variasjoner forekommer i større grad enn i andre land.

Parallelt med at NPM gradvis har blitt det etablerte styringsidealet, preges offentlig sektor fortsatt av byråkratiske tendenser, noe som bidrar til ytterligere press på medarbeiderne. Resultatet er at medarbeiderne befinner seg i en kompleks og avansert organisatorisk kontekst med økende krav til jobbytelse og oppgaveløsning. Kamp et al. (2013, s. 2) hevder videre at den nordiske varianten av NPM har et motstridende syn på medarbeiderne. På den ene siden dyrkes og opphøyes de profesjonelle på bakgrunn av kompetanse og deres mulighet for løsning av faglig komplekse oppgaver. På den annen side bringer NPM med seg et kritisk syn på medarbeidere som med utgangspunkt i individuelle faglige vurderinger løser de oppgavene de er satt til å løse (Dahl & Rasmussen, 2012, referert i Kamp et al., 2013, s. 2). Nettopp standardisering framfor individuelt

tilpasset omsorg står sentralt i NPM, og avstanden mellom begrepene «standardisering» og «individuell tilpasset» kan knapt bli større.

2.3.2 Styringens paradoks

Kravet om standardisering kan komme i et motsetningsforhold til kravet om mindre bruk av økonomiske ressurser og mer effektivt arbeid. Isaksen et al. (2018, s. 144) hevder at «implementering av kvalitetsforbedrende intervensjoner og standarder i helse- og omsorgstjenesten generelt og i sykehjemstjenesten spesielt, er krevende fordi det kan involvere økte kostnader, behov for økt bemanning og flere ressurser. Det krever dessuten motivasjon for endring hos ansatte og ledelse.»

En konsekvens av mål- og resultatstyring er at fokus ensidig er rettet mot virksomhetens mål og målbare resultater. Produksjonskravene er tydelige, og verktøy som dokumentasjon, rapportering og andre evalueringsmetoder benyttes for å vurdere grad av måloppnåelse. I det daglige styres det etter måloppnåelse og i mindre grad etter fag og verdier (Ingstad, 2010, s. 15). På bakgrunn av dette vil ledelsesfaget innenfor NPM-tradisjonen preges av styring, resultat og endring, med mindre fokus på profesjonsfaget. Den tradisjonelle avdelingssykepleieren som tidligere var tilstede i avdelingen som pådriver for sykepleiefaget, er erstattet av en leder som er mindre tilstede i avdelingen og som prioriterer andre oppgaver. Å finne løsninger som gjør avdelingen enda mer effektiv er en av lederens fremste oppgaver (Ingstad, 2010, s. 14).

Arbeidssituasjonen for medarbeidere i helsesektoren har blitt mer kompleks som følge av krav om effektivisering og nedbemanning. Kortere liggetid på sykehus, dårligere pasienter og derav krav til mer og en annen type kompetanse enn tidligere, har også påvirket medarbeidernes arbeidssituasjon (Hallin & Danielson, 2007, s. 1222).

Disse paradoksene kommer til syne i mitt datagrunnlag, i form av faktorer som påvirker medarbeiderens muligheter for prioritering og gjennomføring av aktiviteter. Faktorene blir presentert i kapittel 4, før de drøftes og analyseres i kapittel 5.

2.3.3 Tid som førende faktor

Standardiseringen i kjølvannet av NPM har betydning for både oppgaver og tidsbruk; hvordan oppgavene skal løses og hvor mye tid skal benyttes til formålet. Å fatte beslutninger om hvilke standarder som skal gjelde er en teoretisk lite krevende øvelse. Utfordringene oppstår når vedtatte standarder skal settes ut i praksis, og det viser seg at kartet ikke passer til terrenget.

Tuftes (2013) studie viser dilemmaet medarbeiderne står i når mange oppgaver skal løses innenfor en begrenset tidsramme. Selv om studien er gjennomført blant medarbeidere i hjemmebaserte tjenester i danske kommuner, vil visse aspekter også kunne være gjeldende for andre deler av offentlig sektor og dermed også være relevante for min studie. Tufte (2013, s. 110) hevder at mange ledere i offentlig sektor erkjenner at medarbeiderne utsettes for tidspress grunnet mange oppgaver som skal utføres. På bakgrunn av dette vil leder gjøre en prioritering av hvilke oppgaver medarbeiderne skal utføre og hvilke som skal forbli uløste. For leder er problemet med tidspress løst, men for medarbeiderne er dette ikke alltid en mulig løsning. På bakgrunn av deres kunnskaper om pasienten og erfaringer med kompleksiteten i pasientenes livssituasjon, er det naivt å tro at enkelte oppgaver uten videre kan utelates, da de inngår i en fullstendig helhet som handler om å imøtekomme pasientens totale omsorgsbehov. Tufte (2013, s. 109) viser til en pasient som får hjelp av hjemmetjenesten til dusj en gang i uken. Selve dusjingen, inkludert av- og påkledning, tar ikke mange minutter, men siden pasienten ikke liker å dusje, går det med mye tid i forkant av dusjingen. Medarbeideren må sitte ned sammen med pasienten, ta en kopp kaffe og snakke om dagligdagse ting for at pasienten skal bli motivert til å dusje. Dette, hevder Tufte, illustrerer det fundamentale dilemmaet i organisering av velferdsstaten, hvor det er diskrepans mellom de styrende myndigheters ambisjoner og tilgjengelige ressurser i utøvende ledd. Midt i dilemmaet står medarbeiderne, som velferdsstatens utsendte representanter i møte med pasientene. Implementering av politiske styringsprinsipper om standardiserte tjenester hviler på medarbeiderens skuldre, samtidig som det er de som mer enn noen annen er ansvarlig for å levere gode tjenester til pasientenes beste (Rasmussen, 2004, referert i Tufte, 2013, s. 110).

2.3.4 Veien mot fremtiden

Selv om beskrivelsene ovenfor tegner et kanskje dystert bilde av arbeidsforholdene i offentlig sektor, er det en realitet at heller ikke denne sektoren kan lukke øynene for endrede krav, forutsetninger og nye trender. Å fortsette som før vil resultere i ikke bærekraftige tjenester til befolkningen. Fremtidens utfordringer er mange: flere eldre med hjelpebehov, færre helse- og omsorgspersonell, mindre frivillighet samt mindre tid til aktivitet og dekning av psykososiale behov (NOU 2011:11, s. 14). Yngre brukere i kommunale helse- og omsorgstjenester er i sterk vekst. Kommunene prioriterer ressursene mellom yngre og eldre brukere ulikt, i de eldre brukernes disfavør. Statlige reformer og endringer i oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste oppgis som årsaksfaktorer. (Meld. St. 15, 2018, s. 49-50).

Reformer og styring i offentlig sektor blir ofte gjennomført med gode intensjoner; ting skal bli bedre enn de var før. Spørsmålet er hvorvidt oppnådde gevinster ved styring og reformer veier opp for kostnadene. For hver fordel følger kanskje en ulempe med på lasset.

2.3.5 Styring, ledelse og motivasjon

Når relasjonen mellom organisasjon, medarbeider og motivasjon betraktes i et overordnet perspektiv, ser vi at belønningssystemer, ledelse, desentralisering og grad av styring vil gi både tilsiktede og utilsiktede konsekvenser for medarbeidernes grad av motivasjon (Franco et al., 2004, s. 344). Ifølge Bøgh Andersen og Holm Pedersen (2014, s. 12) vil særlig medarbeidernes indre motivasjon påvirkes negativt dersom styringen oppleves som kontrollerende og medarbeideren mister muligheten til å treffe selvstendige valg. På den annen side vil den indre motivasjonen øke dersom styringstiltakene oppleves som støttende for oppgavene som skal utføres. Styringstiltakenes effekt og konsekvenser vil dermed kunne variere mellom medarbeiderne, på bakgrunn av den enkelte medarbeiders subjektive opplevelse.

Selv om avdelingsleder i sykehjemmet er forholdsvis langt nede i det hierarkiske nivået som omtalt i kapitlet ovenfor, vil avdelingsleder av sine medarbeiderne bli oppfattet som den som utøver styring. Dette til tross for at nærmeste leder ofte utfører styringstiltak på vegne av en leder på et hierarkisk

nivå over seg selv. Det hviler et stort ansvar på ledere, uansett nivå, om å utøve ledelse og styring på en slik måte at medarbeiderne opplever styringen som et godt tiltak for å nå organisasjonens mål, og ikke som kontrolltiltak for å sjekke at medarbeiderne gjør det de skal (Bøgh Andersen & Holm Pedersen, 2014, s. 81).

Foruten å styre på en slik måte at styringstiltakene oppleves som positive, kan leder påvirke medarbeidernes motivasjon også på andre måter. Leders holdninger til styringstiltakene og hvordan dette formidles til medarbeiderne er av betydning. Jo større tillit medarbeiderne har til leder, jo sterkere betydning har leders holdninger for medarbeidernes motivasjon. Hvordan styringstiltakene implementeres i virksomhetene har også noe å si. Igjen er kommunikasjon og formidling viktig. Dialog og samarbeid vil lette implementeringen, i motsetning til harde kommunikasjonsformer som instruering og kommandering (Bøgh Andersen & Holm Pedersen, 2014, s. 78-79).

Styringsreformer i helsesektoren påvirker medarbeidernes motivasjon (Franco, Bennett, & Kanfer, 2002, s. 1255-1256), særlig når reformtiltakene fører til endringer i organisasjonskulturen og i samhandlingen med brukere og omgivelser, endrede ansvarslinjer og nye rapporterings- og dokumentasjonssystemer. Reformen innebærer store endringer, og implementering av nye retningslinjer, lover, regler og forskrifter kan være krevende for både ledere og medarbeidere. Oppgaver skal prioriteres annerledes enn før og nye finansieringsmodeller kan skape usikkerhet.

Alt det nye som ledere og medarbeidere skal forholde seg til, i tillegg til krav om økt effektivitet og økt produksjon, resulterer ofte i det motsatte av hva som var reformens opprinnelige hensikt, og effektiviteten synker i takt med medarbeidernes dalende motivasjon. Dersom beslutningstakere og styrende organer ikke har kunnskap om hvordan medarbeidernes motivasjon påvirkes av styring og reformer, kan de forventende gevinstene av reformer utebli. Dersom tiltakene som iverksettes er av tilfeldig art og ikke forankret i kunnskap, teori og empiri, kan hele reformforsøket i verste fall ende som et mislykket stunt (Franco et al., 2002, s. 1256, 1264).

2.4 Attribusjonsteori

Gjennom intervjuene pekte informantene på flere ulike faktorer som forklaring på deres muligheter og ønsker om å gjennomføre aktiviteter. Dette bringer oss over til det siste teoriområdet, nemlig *attribusjonsteori*.



Figur 2.5 Avhandlingens teoretiske ramme; attribusjonsteori (min framstilling)

Attribusjon handler om hvordan mennesker leter etter og forklarer årsaker til egne og andres handlinger. Spørsmål om *hvorfor* og *hvordan* atferden oppsto, er sentralt. Vårt behov for å forstå årsakssammenhengene er universelt, men hvordan årsakene forklares vil til en viss grad henge sammen med kulturelle og individuelle egenskaper (Lawrence et al., 2006, referert i Manusov & Spitzberg, 2008, s. 38).

Når våre handlinger gir positive konsekvenser, vil våre forsøk på å avdekke og forstå årsaksfaktorene kunne bidra til å øke sannsynligheten for at vi får oppleve det samme på nytt. Når handlinger etterfølges av negative eller uønskede konsekvenser, vil en oversikt over hva som forårsaket atferden kunne bidra til at vi unngår det samme ubehaget ved en liknende situasjon i fremtiden (Harvey & Martinko, 2009, s. 148).

2.4.1 Aktør eller brikke

Menneskers selvforståelse har betydning for hvordan vi ser på oss selv og hvordan vi plasserer årsaksfaktorer for atferd. Nygård (2007, s. 15, 31) beskriver to menneskelige ytterpunkter: *aktører* og *brikker*. Noen mennesker opplever seg selv som viljeløse brikker i et spill, hvor de selv ikke har herredømme over situasjonen men er ofre for andres beslutninger, handlinger og kontroll. Aktørene, derimot, ser på seg selv som frie og selvstendige mennesker med mulighet for

egne valg og å kunne påvirke de situasjonene de står i. Nygård (2007, s. 43) sier videre at individuelle forskjeller i selvforståelse kan bidra til at noen mennesker oftere enn andre har en tendens til å se på seg selv som enten brikker eller aktører. For de fleste er det imidlertid situasjonsbetinget hvordan vi oppfatter oss selv. I noen situasjoner føler vi oss som aktører, hvor det er vi som har kontrollen og styringen, mens vi i andre situasjoner kan føle oss mer som kontrollerte brikker.

2.4.2 Årsaksfaktorer

Årsaksfaktorene kan være *interne* eller *eksterne* (Harvey & Martinko, 2009, s. 148). Interne årsaksfaktorer finnes i det enkelte individ og er knyttet til menneskelige emosjoner (Harvey & Martinko, 2009, s. 148). Når en sykepleier gir pasienten feil medisin, kan sykepleieren skyldes på at hun var ukonsentrert eller distré og at feilen ble forårsaket av hennes egne negative egenskaper. Alternativt kan sykepleieren vise til eksterne eller situasjonsbetingede årsaksfaktorer; istedenfor å legge skylden på seg selv og sin manglende konsentrasjonsevne, kan sykepleieren forklare årsaken til sine feil med at det var få sykepleiere på jobb og dermed stor arbeidsbelastning. Av den grunn ble hun ukonsentrert og ga pasienten feil medisin.

Ulike forskere har forskjellige betraktninger på hvordan mennesker forklarer atferd. Manusov og Spitzberg (2008, s. 40) refererer til Sillars (1980) som hevder at vi har en tendens til å forklare andres atferd hovedsakelig med interne årsaksfaktorer, og at vi i konfliktfylte forhold anser oss selv som den kompetente part uten ansvar for negative situasjoner. Bradley (1978, s. 56), derimot, støtter seg til andre forskere når han hevder at mennesker har en tendens til å forklare egen suksess med interne årsaksfaktorer, mens vi anser at våre negative resultater er forårsaket av ytre faktorer.

Årsaksfaktorenes grad av *stabilitet* varierer. Stabile årsaksfaktorer påvirker handlingene på samme måte over tid, er uavhengig av kontekst og er vanskelig å endre. De ustabile attribusjonene, derimot, varierer med tid og sted og kan påvirkes i ulike retninger. Hvorvidt en attribusjon anses som stabil eller ikke, vil påvirke medarbeiderens antakelse om fremtidig atferd og dens konsekvenser (Kovenklioglu & Greenhaus, 1978, referert i Harvey & Martinko, 2009, s. 148). Flaks blir av mange ansett som en ustabil årsaksfaktor som vil variere over tid,

mens en sykepleiers kompetanse til å gi medisiner er en mer stabil årsaksfaktor som forblir uforandret over tid (Latham, 2012, s. 285).

Årsaksfaktorenes *kontrollerbarhet* viser til vår oppfatning av om vi har mulighet til å påvirke eller endre dem (Latham, 2012, s. 285). Eksempelvis kan en sykepleier mene at dårlig sårheling hos pasienten skyldes bruk av en bandasje som ikke er optimal for formålet. Dersom kommunens innkjøpsavdeling har bestemt at denne typen bandasje skal kjøpes inn og benyttes ved denne typen sår, vil ikke sykepleierens faglige argumenter for innkjøp av en annen type bandasje nødvendigvis føre fram. I et slikt tilfelle har sykepleieren liten eller ingen kontroll over årsaksfaktoren. Dersom beslutningen om innkjøp og bruk av bandasjer kan fattes av den enkelte sykepleier eller den enkelte sykehjemsavdeling, kan årsaksfaktoren derimot kontrolleres.

2.4.3 Attribusjonsstil

Plassering av årsaksfaktorer er ikke en objektiv gjengivelse av virkeligheten. Tvert imot preges årsaksplasseringen av ulike *attribusjonsstiler*, altså måten vi plasserer årsaksfaktorene på. Dersom vi relativt konsekvent plasserer årsaksfaktorene til samme type hendelser på samme måte over tid, har vi en forutinntatt attribusjonsstil som kan være utpreget positiv, negativ eller fiendtlig (Harvey & Martinko, 2009, s. 149-150).

En positiv attribusjonsstil kjennetegnes av at personen, når vedkommende har oppnådd positive konsekvenser av sine handlinger, forklarer årsaken med interne faktorer, eksempelvis en sykepleier som forklarer vellykket sårbehandling med sin kompetanse på sårbehandling. En handlings negative konsekvenser forklares ved eksterne faktorer, eksempelvis bruk av lite egnet bandasje, siden det ikke var bedre bandasjer tilgjengelig.

En person med negativ attribusjonsstil vil ha motsatt syn på årsaksfaktorene: negative konsekvenser forklares på bakgrunn av individuelle egenskaper, mens positive konsekvenser forklares på bakgrunn av eksterne årsaksfaktorer.

En tredje attribusjonsstil er den fiendtlige, hvor negative konsekvenser forklares med eksterne attribusjoner, men hvor disse i tillegg anses som stabile over tid. Dersom sykepleieren anser at lederen er årsaken til alle problemer i

avdelingen, og dette synet opprettholdes og forsterkes over tid, har vedkommende en fiendtlig attribusjonsstil.

2.4.4 Attribusjonsteori og motivasjon

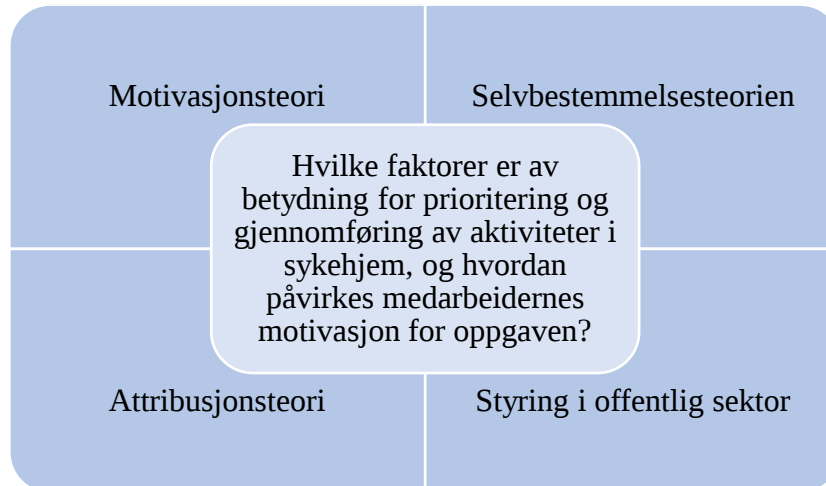
Ifølge Harvey og Martinko (2009, s. 150-154) vil motivasjon oppstå på ulike måter avhengig av hvordan våre personlige egenskaper påvirker vår plassering av årsaksfaktorene. To av dem, lært hjelpeløshet og aggresjon, vil jeg ikke beskrive nærmere, da jeg vurderer at disse ikke er relevante sett i sammenheng med min studie. De to andre vil jeg gå nærmere inn på.

Den første typen motivasjon handler om medarbeidere med høy grad av *myndiggjøring* eller *empowerment*, som ifølge Harvey og Martinko har høyere grad av motivasjon sammenlignet med medarbeidere uten samme grad av empowerment. Dette fordi de disse medarbeiderne ofte forventer at handlingene deres vil gi positive konsekvenser. Forventningen om et ønsket resultat gir motivasjon til å gjøre en ekstra innsats for å gjennomføre handlingen. For mennesker med høy grad av empowerment vil negative konsekvenser forklares med enten interne årsaksfaktorer med høy grad av kontrollerbarhet, eller med eksterne faktorer som er ukontrollerbare og ustabile. Ved positive hendelser blir årsaksfaktorene ansett som interne, eksempelvis intelligens, ferdigheter og innsats. Mennesker med en optimistisk attribusjonsstil har gjerne høyere grad av empowerment enn personer med negativ eller fiendtlig attribusjonsstil.

Den andre typen motivasjon gjelder for personer som ifølge Harvey og Martinko (2009, s. 154) er særlige *tilpasningsdyktige* og *robuste (resilience)*. Disse har en realistisk opplevelse av hendelsene, har sterke verdier og stor evne til å improvisere og tilpasse seg. På bakgrunn av dette plasserer de årsaksfaktorene der de selv mener de hører hjemme, enten som interne eller eksterne. Robusthet (resilience) vil derfor medvirke til å unngå feilaktig plassering av årsaksfaktorer og dermed påvirke motivasjonen positivt. Ved en realistisk plassering av årsaker vil overdrevent positive, negative eller fiendtlige attribusjonsstiler kunne unngås. Personer med disse egenskapene vil ikke la egne fordommer påvirke årsaksplasseringene, men heller gjøre realistiske vurderinger av hendelsene.

2.5 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg gjort rede for fire teoretiske retninger som kan belyse studiens problemstilling.



Figur 2.1 Avhandlingens teoretiske ramme (min framstilling)

De fire områdene er presentert hver for seg. Hvert delkapittel er imidlertid avsluttet med et avsnitt som kort gjør rede for hvordan det aktuelle området er koblet sammen med *motivasjon*. Dette for å kunne drøfte datamaterialet på overordnet nivå og på tvers av ulike teoretiske felt, og også fordi motivasjon er et av nøkkelbegrepene i problemstillingen.

Gjennom avhandlingens teorikapittel ser vi at medarbeidernes motivasjon påvirkes av en rekke faktorer, som dels er sammenfallende på tvers av de teoretiske områdene. Autonom og kontrollert motivasjon (Gagné & Deci, 2005) (s. 13) omtales også i delkapitlet om styring og motivasjon (s. 20), hvor det hevdes at motivasjonen påvirkes negativt når styringen oppleves som kontrollerende (Bøgh Andersen & Holm Pedersen, 2014, s. 12).

Medarbeidernes plassering av årsaksfaktorer (s. 24) og sammenhengen med deres opplevelse av motivasjon (Harvey & Martinko, 2009), kan betraktes som en videreføring av redegjørelsen på side 8, hvor fokus er rettet mot hvordan ulike faktorer er av betydning for utviklingen av motivasjon (Hein, 2009; Kanfer & Chen, 2016).

På side 21 ser vi at nye styringsreformer vil påvirke medarbeidernes motivasjon ved endringer i organisasjonskulturen og en ny type samhandling med

brukere og omgivelser (Franco et al., 2002). Dette kan også være uttrykk for menneskers behov for tilhørighet, slik det er beskrevet i avsnittet om selvbestemmelsesteorien på side 13 (Olafsen, 2018).

Å betrakte de teoretiske retningene både separat og sammen er nødvendig for å kunne analysere og drøfte det innsamlede datamaterialet. Hver del for seg gir mening, men ikke i tilstrekkelig grad for å kunne forklare det store bildet. Teoriene er i stor grad generelle, mens de empiriske studiene er mer spesifikke, rettet mot avgrensede studier innenfor utvalgte områder. Både teori og empiri beskriver hva som tidligere er gjort og hvilke funn som har bidratt til teoriens utvikling. Med dette går vi nå fra historiske, generelle og empiriske redegjørelser og over til metodekapitlet, hvor jeg beskriver hvordan jeg har bygget opp studien, hvordan dataene ble samlet inn og hvordan jeg analyserte materialet i etterkant.

3.0 Metode

I dette kapitlet beskriver jeg hvordan jeg planla og gjennomførte forskningsprosessen. Jeg gjør rede for valg av kvalitativ framfor kvantitativ metode og valg av fokusgruppeintervju framfor individuelle intervju. Videre beskriver jeg studiens setting og utvalg samt utarbeidelse av intervjuguide, før jeg reflekterer rundt gjennomføring av intervjuene, prosessen med transkribering og analyse, samt egen rolle som forsker. Kapitlet avsluttes med etiske betraktninger.

3.1 Metodiske likheter med andre studier i forskningsfeltet

Kvalitativt forskningsdesign er benyttet i studier gjennomført av Ingstad (2010), Bowers et al. (2001) og Hallin og Danielson (2007), men disse valgte individuelle intervju framfor fokusgruppeintervju. Jakobsen og Granebo (2011) benyttet fokusgruppeintervju i kombinasjon med individuelle intervju, mens Celik, Kapucu, Tuna og Akkus (2010) benyttet semistrukturerte fokusgruppeintervju i sin studie.

3.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Et tidlig utkast til problemstilling og forskningsspørsmål dannet grunnlaget for den første utgaven av intervjuguiden, som sammen med en prosjektskisse ble lagt ved søknaden til NSD. Etter dette gjorde jeg en liten justering av både problemstilling og forskningsspørsmål i forbindelse med bearbeiding av intervjuguiden, men ikke på en så omfattende måte at det var nødvendig med ny behandling av NSD. Etter at datamaterialet var samlet inn og jeg skulle i gang med analyse, så jeg at dataene ga mange svar, men ikke nødvendigvis på de forskningsspørsmålene jeg brakte med meg inn i intervjuene. Derfor valgte jeg å gjøre mindre justeringer av ordlyden i problemstilling og forskningsspørsmål nok en gang, uten at dette endret meningsinnholdet. Dette for å sikre at spørsmålene var i tråd med de svarene jeg allerede hadde samlet inn. Den endelige versjonen var ikke ferdig før jeg hadde gjennomført analyse av det innsamlede materialet (Furseth & Everett, 2020, s. 134).

Tabell 3.1 Tidlig og endelig problemstilling og forskningsspørsmål (min framstilling)

	Utgangspunkt for intervjuguide	Endelig versjon
Problemstilling	Blir prioritering av pasientrettede oppgaver i en sykehjemsavdeling påvirket av medarbeidernes motivasjon for oppgaven og organisasjonskulturens normer?	Hvilke faktorer er av betydning for prioritering og gjennomføring av aktiviteter i sykehjem, og hvordan påvirkes medarbeidernes motivasjon for oppgaven?
Forsknings-spørsmål 1	Hvilke aktiviteter tilbys pasientene, og hvordan prioriteres og gjennomføres disse?	På hvilken måte blir prioritering og gjennomføring av aktiviteter påvirket av organisasjonens interne faktorer?
Forsknings-spørsmål 2	Blir prioritering og gjennomføring av pasientrettede aktiviteter påvirket av den enkelte medarbeiders motivasjon for oppgaven?	Hvordan kan gjennomføring av aktiviteter påvirkes av faktorer utenfor organisasjonen?
Forsknings-spørsmål 3	Blir prioritering og gjennomføring av pasientrettede aktiviteter påvirket av kulturens normer?	Hvilke faktorer påvirker medarbeidernes motivasjon for gjennomføring av aktiviteter for pasientene?

I tabell 3.1 viser jeg hvordan problemstilling og forskningsspørsmål har utviklet seg gjennom prosessen. Forskningsspørsmål 3 i første utkast var et avgrenset spørsmål knyttet til kulturens normer. Siden informantene ikke vektla organisasjonskultur som en faktor av betydning, men isteden kom med andre årsaksforklaringer, ble dette forskningsspørsmålet omskrevet til

forskningsspørsmål 1 og 2 i den endelige utgaven. Disse spørsmålene er mindre spesifikke og rommer innholdet i informantenes besvarelser på en god måte.

3.3 Forskningsdesign

Forskningens hensikt er å beskrive, gi økt forståelse og forklare et fenomen (Flick, 2015, s. 6). Jeg vil derfor gjengi informantenes beskrivelser av hvilke faktorer som er av betydning for om aktiviteter blir prioritert og gjennomført eller ikke. Deretter vil jeg gjennom tolkning og analyse av innsamlede data opp mot ulike teoretiske og empiriske retninger, forklare de ulike faktorenes betydning.

For å kunne gjennomføre mitt forskningsprosjekt, måtte jeg ha en plan. Planen ble konkretisert gjennom valg av forskningsdesign, slik at problemstillingen ble belyst på best mulig måte (Flick, 2015, s. 94). Kompleksiteten i et forskningsdesign forklares av Ragin og Amoroso:

Research design is a plan for collecting and analyzing evidence that will make it possible for the investigator to answer whatever questions he or she has posed. The design of an investigation touches almost all aspects of the research, from the minute details of data collection to the selection of the techniques of data analysis. (Ragin & Amoroso, 2011, s. 231)

Min studie har hovedsakelig hatt preg av å være en induktiv prosess, hvor jeg istedenfor å teste data mot på forhånd definerte teoretiske modeller, har latt de innsamlede data være grunnlaget for valg av teoretisk og empirisk bakteppe for analyse og drøfting (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 224). Ved studiens begynnelsen hadde jeg derimot en deduktiv tilnærming for utarbeidelse av forskningsspørsmål og intervjuguide. Dette var naturlig i denne fasen, da jeg ennå ikke hadde samlet inn egen empiri og trengte et teoretisk utgangspunkt for å komme i gang med datainnsamlingen. *Motivasjon og organisasjonskulturens normer for atferd* var de teoretiske retningene jeg antok ville være godt egnet til kunne forklare funnene. I løpet av analyseprosessen oppdaget jeg at mye av datamaterialet handlet om motivasjon, men svært lite om organisasjonskultur. En stor del av de innsamlede data kunne derimot plasseres under to andre teoretiske paraplyer; *selvbestemmelsesteorien* og *styring i offentlig sektor*. I tillegg til informantenes fortellinger om hvilke faktorer som påvirket gjennomføring av aktiviteter, ble jeg oppmerksom på at informantene dels oppga ulike

årsaksfaktorer og dels vektla faktorenes betydning ulikt. Derfor valgte jeg *attribusjonsteori* som den fjerde og siste teoretiske retningen.

Mine skifter mellom deduktiv og induktiv tilnærming har likhetstegn med det Tjora beskriver som en *stegvis deduktiv-induktiv metode* (2017, s. 18-23). Ifølge Tjora er det i kvalitativ forskning sjelden snakk om en lineær prosess av enten induktiv eller deduktiv tilnærming, men heller en trinnvis prosess hvor forskeren i studiens ulike faser skifter mellom de ulike tilnærmingene og vekselvis lar data og teori stå i sentrum og sjekkes mot hverandre.

Svarene og utsagnene fra de ulike informantene har jeg bearbeidet og analysert på en slik måte at jeg går fra det spesielle til det generelle (Merriam & Tisdell, 2016, s. 17). Jeg ønsker med valgt teori og empiri å vise at innsamlede data fra fire sykehjem i Oslo kommune kan ha relevans for tilsvarende sykehjem andre steder, og også for andre organisasjoner og andre profesjonsgrupper.

3.4 Kvalitativ metode

Bryman (2016, s. 40) definerer *forskningsmetode* som «a technique for collecting data. It can involve a specific instrument, such as a self-administered questionnaire or a structured interview schedule, or a participant observation whereby the researcher listens and watches others.» Valg av metode skal, på samme måte som valg av forskningsdesign, ikke være tilfeldig. Det er et bevisst valg for på best mulig måte å kunne belyse studiens problemstilling og besvare forskningsspørsmålene.

Kvalitativ forskning kjennetegnes av forskerens ønske om å forstå virkeligheten slik informantene beskriver den (Merriam & Tisdell, 2016, s. 6), og «seeing through the eyes of the people being studied» (Bryman, 2016, s. 392). Ved hjelp av kvalitativ forskning ønsket jeg rike beskrivelser av hverdagslivet i avdelingen. Dersom jeg var interessert i å finne antallet aktiviteter som ble gjennomført på sykehjemmet i løpet av en dag eller en uke, kunne jeg ha valgt en kvantitativ undersøkelse og fått et visst antall aktiviteter som resultat. Jeg ønsket isteden gjennom kvalitativ metode å avdekke informantenes mening om hvilke faktorer som var av betydning for gjennomføring av aktiviteter. Resultatene vil jeg knytte opp mot eksisterende teorier og tidligere empirisk forskning, for så å drøfte mine funn opp mot funn av andre forskere (Flick, 2015, s. 118).

3.5 Fokusgruppeintervju

Et *fokusgruppeintervju* innebærer å intervju en gruppe mennesker om et tema som de har kunnskap om (Merriam & Tisdell, 2016, s. 114). Data som fremkommer under intervjuet er til en viss grad resultat av samhandlingen mellom deltakerne og ville ikke i samme grad ha fremkommet ved individuelle intervjuer av de samme deltakerne. Fokusgruppeintervjuet bærer vel så mye preg av å være en samtale mellom deltakerne, som å være en typisk intervjusituasjon hvor intervjueren stiller spørsmål og informantene svarer (Morgan, 1996, s. 139). Dette stemmer med erfaringene jeg gjorde gjennom fokusgruppeintervjuene.

Informantene stilte hverandre oppfølgingsspørsmål, og mye informasjon kom fram når en informant supplerte de andre. Ved individuelle intervjuer ville disse dataene sannsynligvis ikke ha blitt delt med meg, siden dynamikken som frembrakte dataene ikke ville ha vært til stede. Et individuelt intervju ville på den annen side vært interessant å gjennomføre med den informanten som var nesten helt stille under fokusgruppeintervjuet og som var tydelig ubekvem med å svare på spørsmål, selv de spørsmålene jeg stilte vedkommende direkte. Kanskje vedkommende ville følt seg tryggere i et individuelt intervju og på den måten bidratt med interessante synspunkter.

Ideelt sett skal en fokusgruppe ha mellom seks og ti deltakere (Merriam & Tisdell, 2016, s. 114). Jeg gjennomførte totalt fire fokusgruppeintervjuer; to av gruppene hadde tre deltakere, mens de øvrige to hadde fire deltakere. Antallet deltakere ble besluttet av avdelingsleder eller virksomhetsleder etter en vurdering av hvor mange medarbeidere som kunne være fraværende fra avdelingen samtidig. Selv om jeg hadde ønsket noen flere informanter i hver gruppe var jeg innforstått med leders beslutning, og særlig siden jeg ville unngå at deltakelse i intervjuene førte til ulemper for pasientene eller medarbeiderne som var igjen i avdelingen mens intervjuene pågikk.

Samhandlingen informantene imellom varierte. Deres fysiske plassering i rommet, dels på grunn av smittevernrestriksjoner og dels av andre mer tilfeldige årsaker, kan ha påvirket samtalens flyt og dynamikken mellom dem. I sykehjem B satt de tre informantene i en slak halvsirkel mot meg, slik at vi til sammen dannet en oval sirkel. Samtalen fløt lett, og de hadde ofte blikkontakt med meg og med hverandre. I sykehjem C var plasseringen mer tilfeldig, hvor tre av de fire

informantene satt på nesten rett linje bak hverandre. Dette forhindret blikkontakt mellom dem, og informanten som satt lengst vekk fra meg var den som snakket minst. Av smittevern hensyn og lokalets utforming fant jeg der og da ingen annen løsning på plasseringen, selv om jeg i etterkant ser at jeg kunne ha flyttet meg mer mot midten av rommet og dermed fått noenlunde lik avstand til alle informantene.

Personlig kjemi kan også ha påvirket dynamikken og samtaleflyten mellom informantene. I sykehjem D fløt samtalen lett og ofte mellom deltaker 1 og 2, mens deltaker 3 ikke like ofte komplementerte de andre to. Den fysiske plasseringen i rommet skulle ikke være til hinder for dette. Det er nærliggende å tro at personlig kjemi eller at deltaker 1 og 2 kjente hverandre bedre enn deltaker 3, var årsaken til de ulike interaksjonsmønstrene mellom informantene.

Noen av informantene snakket mye, andre snakket mindre. En av dem sa svært lite, til tross for direkte spørsmål og flere oppmuntringer til å delta i samtalen. Jeg tolker det dithen at sjenanse kombinert med språklige utfordringer kan være noe av forklaringen. Noen sa mange ord med lite meningsinnhold, mens andre snakket klart, tydelig og rolig. Det siste var til stor hjelp i transkriberingsprosessen. Mine erfaringer stemmer med Kvale og Brinkmanns beskrivelser av mangfoldet intervjueren møter hos intervjupersonene og at «noen mennesker er vanskeligere å intervju enn andre» (2015, s. 194-195).

Det er interessant å reflektere over hvordan interaksjonen mellom informantene danner grunnlag for tilgang til data i fokusgruppeintervjuer (Morgan, 1996, s. 130). Hvilke spørsmål som blir stilt og hvilke forklaringer som blir synlige, avhenger dels av hvilke informanter som er til stede og hvordan de påvirker hverandre. Kommunikasjonen informantene imellom er også av betydning, eksempelvis om de oppmuntrer eller avfeier hverandre. Dette, i tillegg til språkkunnskaper og eventuell felles sjargong, påvirker dynamikken i intervjuet og dermed også hvilke data som blir tilgjengelig.

På grunn av den pågående koronapandemien og strenge smittevernregler, kunne digitale fokusgruppeintervjuer ha vært et alternativ til fysiske intervjuer dersom jeg av smittevern hensyn ikke hadde fått adgang til sykehjemmene. Bruken av digitale fokusgruppeintervjuer er økende (Bryman, 2016, s. 515). I mitt tilfelle var tanken på digitale fokusgruppeintervjuer selve redningsplanken dersom besøksforbud på sykehjem ble innført. Jeg ville i så fall fått tilgang til data til tross

for at jeg ikke kunne møte informantene fysisk. Virksomhetslederne i de fire sykehjemmene ga imidlertid alle uttrykk for at digitale fokusgruppeintervjuer ikke ville la seg gjennomføre i praksis. Årsakene til dette var at sykehjemmene manglet egnet utstyr og lokaler for denne typen møteaktivitet, og at medarbeiderne ikke var vant til å bruke verktøy som Teams, Zoom eller Skype. Dette i tråd med Brymans (2016, s. 519) betraktninger om ulempene ved digitale møter; kun deltakere med nødvendig utstyr kan delta, og det stilles krav til at deltakerne er trygge på bruken av utstyret. Selv har jeg erfart at digitale verktøy er mindre egnet for møter hvor diskusjon og meningsutveksling står sentralt, enn til møter preget av enveiskommunikasjon. Sistnevnte strider mot noen av grunnprinsippene i fokusgruppeintervjuer, som er ment å skulle få fram deltakernes ulike synspunkter om det aktuelle temaet og hvor samtalen mellom deltakerne er et bærende element (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 179). Dette synspunktet støttes også av Morgan (1996, s. 130), som hevder at et møte mellom mennesker ikke kan kalles et fokusgruppeintervju dersom interaktive diskusjoner ikke er tilstede.

3.6 Studiens setting og utvalg

Mitt primære ønske var å gjennomføre fire fokusgruppeintervjuer ved ett sykehjem, og jeg bestemte meg tidlig for å gjennomføre studien ved langtidsavdelinger. Dette fordi pasienter i langtidsavdeling bor i sykehjemmet over en lengre periode, som oftest til livets slutt, og fordi fokuset på aktiviteter er mer fremtredende i langtidsavdeling enn i korttidsavdeling. Opphold i korttidsavdeling er tidsbegrenset før pasienten overføres til langtidsavdeling eller tilbake i eget hjem, og oppholdet her preges av rehabilitering og trening (Oslo kommune, 2020b).

Jeg ønsket å undersøke ordinære somatiske langtidsavdelinger framfor avdelinger differensiert etter spesifikke diagnoser, som for eksempel demens og alderspsykiatri. Sykehjem med eksplisitt satsning på kultur og aktivitet ønsket jeg heller ikke å undersøke, siden aktiviteter står i en særstilling i disse sykehjemmene. 32 sykehjem i Oslo kommune oppfylte mine kriterier (Oslo kommune, 2020a). Med et såpass stort antall sykehjem vurderte jeg sjansen for at noen ville være positive til å delta i min studie som relativt stor.

I midten av juni 2020 sendte jeg en forespørsel til Sykehjemsetaten i Oslo kommune og ba om tillatelse til å gjennomføre min studie. Til tross for purring mottok jeg ikke svar. I august kontaktet jeg virksomhetslederne ved de 32 sykehjemmene via e-post, hvor jeg presenterte mitt prosjekt og spurte om å få gjennomføre fire fokusgruppeintervjuer ved deres sykehjem. Mine utvalgsriterier til hvert intervju var fire til seks medarbeidere fra ulike profesjonsgrupper: sykepleiere, vernepleiere, helsefagarbeidere og assistenter. I tillegg ønsket jeg at informantene skulle jobbe minst 50% stilling på dag og/eller kveld, ha god kjennskap til gjennomføring av aktiviteter med pasientene, og snakke og forstå norsk på en god måte.

For å sikre oversikt over hvem jeg kontaktet når og med hvilket resultat, opprettet jeg en kontaktlogg med fargekoder. Dette viste seg å være et godt hjelpemiddel. I løpet av de nærmeste dagene mottok jeg skriftlig svar fra seks sykehjem, alle negative. Etter å ha kontaktet de resterende på telefon, fikk jeg ytterligere seks negative svar. Alle disse ble markert røde i loggen. De fleste lederne begrunnet avslagene med restriksjoner som følge av koronapandemien, mens andre var i en omorganiseringsprosess eller ikke hadde mulighet til å avse informanter i den tiden det ville ta å gjennomføre intervjuene, da det var så mange oppgaver som skulle løses i avdelingene. Med ytterligere seks av virksomhetslederne oppnådde jeg ikke kontakt. Jeg la igjen beskjed på telefonsvarerne, uten at å få tilbakemelding. Disse sykehjemmene forble markert hvite. 10 sykehjem ble markert gule, siden virksomhetslederne ikke avfeide prosjektet helt og de enten ville undersøke nærmere med sine avdelingsledere, eller ba meg ringe tilbake for en ny vurdering dersom jeg ikke fikk positive svar hos noen andre. Til slutt fikk jeg klarsignal fra fire sykehjem til å gjennomføre ett intervju hos dem hver. Min plan om å gjennomføre fire intervjuer ved ett sykehjem måtte derfor endres til å gjennomføre ett intervju ved til sammen fire sykehjem. Virksomhetslederne begrunnet dette med at gjennomføring av fire intervjuer med til sammen 16-20 av deres medarbeidere representerte et svært stort uttak av ressurser og ville i praksis ikke være mulig å gjennomføre.

Jeg hadde på forhånd sett for meg at det ville være min oppgave, etter at jeg hadde fått godkjennelse til å gjennomføre studien i sykehjemmet, å kontakte aktuelle medarbeidere for å presentere prosjektet og forespørre om de ønsket å

delta i fokusgruppeintervju. Slik ble det ikke. Av praktiske årsaker fant virksomhetsleder en dato hvor det passet for avdelingen å gjennomføre intervjuet, og informantene ble valgt blant dem som var på jobb den dagen. En av virksomhetslederne ga meg positiv tilbakemelding på valg av tema.

Vedkommende mente det ville være enkelt å finne informanter til et intervju om aktivitet, framfor et tema som for medarbeiderne ville virke vanskelig eller komplisert.

Av de til sammen 14 informantene var alle ansatt i minst 50% stilling med arbeid på dag og kveld. Seks av dem var ikke etnisk norske og hadde varierende språkkunnskaper. Informantenes profesjonstilhørighet fordelte seg på tre sykepleiere (hvorav én var avdelingsleder), én vernepleier, seks helsefagarbeidere, to assistenter og to aktivitører. Aktivitørene var en yrkesgruppe jeg i utgangspunktet hadde ekskludert fra mitt utvalg, siden denne gruppen har aktiviteter som sitt fremste fagområde og dermed stiller i en særstilling sammenlignet med de øvrige profesjonene i utvalget. Dette hadde jeg på forhånd formidlet til virksomhetslederne, men av ulike årsaker var altså aktivitører deltakere i to av fokusgruppene. Det viste seg imidlertid at deres bidrag under intervjuene var både viktige og relevante, og deres erfaringer og synspunkter var verdifulle tilskudd til det innsamlede datamaterialet.

At avdelingsleder skulle delta var heller ikke noe jeg på forhånd hadde definert som en del av utvalget. Tvert imot ønsket jeg at ledere ikke skulle være blant informantene, da jeg fryktet at dette ville kunne påvirke svarene fra de andre informantene og at det ikke ville bli gitt like ærlige eller grundige svar med leder tilstede. Jeg ble ikke gjort oppmerksom på at vedkommende var leder før vi ved begynnelsen av intervjuet presenterte oss for hverandre, og jeg vurderte da at jeg hverken av høflighetshensyn eller av forskningsetiske hensyn kunne be vedkommende om å forlate intervjuet. Ved gjennomføringen av intervjuet tolket jeg imidlertid ikke at leders tilstedeværelse hindret de øvrige informantene i å komme med relevant informasjon. Tvert imot ga vedkommende mange gode innspill og refleksjoner som beriket det innsamlede materialet.

Ikke alle informantene var like engasjerte. Ved ett av intervjuene tolket jeg av informantenes kroppsspråk og ytringer i begynnelsen av intervjuet at de helst ville ha blitt værende i avdelingen og utført sine oppgaver der, framfor å bruke tiden

sin i fokusgruppeintervju. Jeg antar derfor at deres deltakelse i første rekke var motivert ut i fra påtrykk fra leder. Dette er i tråd med Gagné og Decis (2005, s. 334, 340) beskrivelser om kontrollert motivasjon. Oppgaven utføres ikke av egen fri vilje, men på bakgrunn av press, tvang og pålegg.

3.7 Intervjuguide

Jeg valgte å gjennomføre semistrukturerte intervjuer, som plasserer seg mellom på den ene siden en helt åpen samtale, og på den annen side en lukket samtale innenfor rammene av en på forhånd definert mal. Intervjuguiden inneholdt spesifiserte temaer og forslag til spørsmål, men ble ikke fulgt slavisk. Min studie har på dette området likhetstrekk med Ingstad (2010, s. 15), som i sin studie benyttet en semistrukturert intervjuguide som rettesnor i intervjuene. Jeg styrte intervjuene slik at spørsmålene ble besvart og oppmuntret alle informantene til å delta i samtalen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46).

Mine daværende forskningsspørsmål dannet grunnlaget for intervjuguidens tre sentrale temaer:

- Aktiviteter for og med pasientene
- Medarbeidernes motivasjon som påvirkningsfaktor for gjennomføring av aktiviteter
- Organisasjonskulturens normer som forklaringsfaktor for gjennomføring av aktiviteter

Etter å ha laget utkast til intervjuguide, ba jeg tidligere kollegaer og samarbeidspartnere om innspill. For å sikre mest mulig mangfold i tilbakemeldingene, valgte jeg personer med ulik erfaring og profesjonstilhørighet; en helsefagarbeider, en sykepleier, en fagsykepleier, en sykepleier/økonom med ledererfaring og en person med bakgrunn fra salg og digitalisering i privat sektor. Jeg kjenner alle godt fra tidligere og følte meg trygg på at de ville gi ærlige, konstruktive tilbakemeldinger. Noen av tilbakemeldingene tok jeg til følge og justerte intervjuguiden deretter, mens andre ble forkastet (McLafferty, 2004, s. 189). Jeg foretok også mindre justeringer av intervjuguiden etter gjennomføring av et pilotintervju, samt i etterkant av de to første intervjuene. En slik dynamisk tilpasning er i tråd med Brymans beskrivelse av arbeidet med intervjuguiden som en trinnvis prosess (2016, s. 470).

3.8 Gjennomføring av intervjuer

Cirka to uker før første fokusgruppeintervju gjennomførte jeg et pilotintervju med en gruppe av tre kollegaer, som forøvrig var hovedtillitsvalgte for ulike arbeidstakerorganisasjoner i min egen kommune. De tre hadde ulike profesjonstilhørighet som harmonerte med utvalget av informanter: en helsefagarbeider, en sykepleier og en vernepleier. Alle hadde bakgrunn fra arbeid med ulike pasientgrupper og erfaring med gjennomføring av aktiviteter. Disse informantene var et bevisst og strategisk valg. I kraft av sine roller som hovedtillitsvalgte var de vant til å representere andre og innta ulike perspektiv. Dette anså jeg som en styrke, både for vurdering av min rolle som intervjuer og også ved deres vurdering av spørsmålene i intervjuguiden.

Av praktiske hensyn ble pilotintervjuet gjennomført digitalt og hadde dermed en annen ramme enn de reelle fokusgruppeintervjuene, som fant sted fysisk i sykehjemmene. Jeg vurderte imidlertid ikke dette som en vesentlig ulempe, da jeg i pilotintervjuet i første rekke ønsket tilbakemeldinger på intervjuguiden og egen intervjuerrolle, istedenfor å ha fokus på interaksjon og samhandling mellom informantene og de data som kom fram under intervjuet.

Jeg brukte lydopptaker i pilotintervjuet, og ved å høre på lydfila i etterkant ble jeg oppmerksom på at jeg brukte mange ord og lyder uten betydning, eksempelvis «eeeehh...., på en måte...., absolutt...., mmm....» Jeg hadde dessuten ikke tilstrekkelige pauser til å la informantene tenke seg om før de svarte, men var isteden rask til å gjenta spørsmålet på en litt annen måte ved tegn til stillhet i noen sekunder.

Disse erfaringene brakte jeg med meg og forsøkte å forbedre gjennom fokusgruppeintervjuene. Da jeg hadde transkribert fokusgruppeintervjuene kunne jeg se en forbedring i egen intervjuteknikk, ved at jeg i det siste intervjuet brukte færre tomme ord og lyder enn i det første. Jeg ble flinkere til å tåle stillhet og gi informantene tid til å tenke seg om.

Alle fire fokusgruppeintervjuene ble gjennomført i løpet av én uke; de to første ble gjennomført samme dag med en times mellomrom. Dette var ikke en optimal situasjon, da jeg hadde planlagt for og hatt nytte av tid til refleksjon mellom intervjuene. Jeg planla at jeg skulle transkribere ett intervju ferdig før jeg gjennomførte neste, men med så stramt tidsskjema ble dette umulig. Siden jeg var

avhengig av sykehjemmenes velvilje for å få gjennomført intervjuene, strakk jeg meg langt for å imøtekomme deres tilbud om tidspunkt for intervju. Som masterstudent følte jeg at jeg hverken hadde faglig tyngde eller sosial posisjon til å forhandle om tidspunkt, siden jeg fryktet at lederne ved sykehjemmene ikke ville gi meg et nytt tidspunkt hvis jeg avslo det første. I ettertid kan jeg imidlertid ikke se at denne intensive tidsperioden var til ulempe for datainnsamlingsprosessen. Tvert imot bidro det til at jeg holdt meg skjerpet de dagene det sto på, og at jeg hadde tidligere intervjuers erfaringer friskt i minne ved inngangen til nye intervjuer.

Fokusgruppeintervjuenes lengde varierte mellom 42 og 53 minutter. Det tok alltid noe tid å komme i gang, og ved ett av sykehjemmene hadde informantene på forhånd ikke fått utlevert informasjonsskriv og samtykkeskjema fra leder, slik jeg hadde bedt om. Jeg hadde på forhånd sendt dette til leder på e-post, slik at informantene kunne bringe med seg de signerte skjemaene inn i intervjuet. Ved dette sykehjemmet tok det derfor ekstra tid å gjennomgå informasjonsskriv og samtykkeskjema og få informantens signatur. Jeg hadde forutsett at dette var en situasjon som ville kunne oppstå og hadde derfor på forhånd skrevet ut et antall papirversjoner av dokumentene som jeg hadde med meg til hvert intervju. På denne måten unngikk jeg en potensiell stressfaktor og tidstyv for å finne tilgjengelig printer, koble til egen PC og skrive ut eksemplarer.

Jeg benyttet lydopptaker i intervjuene. Denne ble testet på forhånd, både under pilotintervjuet og ved private anledninger. Overføring av lydfiler mellom opptaker og PC ble også testet. Som beskrevet av Merriam og Tisdell (2016, s. 131), syntes det ikke som om lydopptakeren hemmet informasjonsflyten og samtalene i intervjuene. Før lydopptakeren ble slått på, presenterte jeg meg selv og studiens formål, og informerte også om praktiske forhold ved intervjusituasjonen, deriblant bruk av lydopptaker. Jeg informerte også om at det var frivillig å delta i intervjuene og at de når som helst kunne trekke seg fra intervjuet uten å oppgi noen grunn for det. Deretter trykket jeg på opptakerens startknapp og sa samtidig «nå starter lydopptaket ved [navn] sykehjem» før jeg plasserte lydopptakeren så nærme midten av informantene som praktisk mulig. Der lå den til intervjuets slutt, og etter at den var avslått, var det ingen av informantene som sa annet enn høflighetsfraser før de gikk tilbake til avdelingen.

3.9 Dataanalyse

Lydfilene fra de fire intervjuene varte til sammen 187 minutter og var utgangspunktet for en omfattende analyseprosess, av Merriam og Tisdell (2016, s. 202) beskrevet som «the process of making sense out of the data».

Tematisk analyse er en mye brukt metode for å systematisere og analysere kvalitative data (Braun & Clarke, 2006, s. 77). Hensikten er å identifisere, analysere og rapportere om mønstre i det innsamlede materialet ved hjelp av koding og kategorisering av dataene. Braun og Clarke skisserer tematisk analyse som en prosess bestående av seks trinn, hvor forskeren gjør seg kjent med datagrunnlaget, koder dataene, finner relasjoner mellom kodene og oppretter kategorier. Å bevege seg fram og tilbake mellom de ulike trinnene er ifølge Braun og Clarke en nødvendig del av analysearbeidet. Den tematiske analysen avsluttes først når forskningsrapporten er ferdig (Braun & Clarke, 2006, s. 86-93).

3.9.1 Transkribering

I løpet av intervjuene tok jeg ingen notater, selv om jeg hadde notatblokk tilgjengelig. Jeg ønsket å gi full oppmerksomhet til informantene. Umiddelbart etter hvert intervju noterte jeg ned antall informanter, deres plassering i rommet, stemmemessige kjennetegn som kunne være til hjelp i transkriberingsprosessen samt andre faktorer som bakgrunnsstøy og avbrytelser. Jeg noterte også mine observasjoner og tolkninger om samhandling, interaksjon, kommunikasjon og stemningen blant informantene. Siden menneskelig interaksjon av flere forskere fremheves som premissleverandør for produksjon av kunnskap og informasjon, anså jeg dette som relevant tilleggsinformasjon jeg ville kunne ha nytte av i den videre analyseprosessen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 22).

Å transkribere vil si å overføre muntlig språk til skriftlig tekst (Bryman, 2016, s. 697). Transkribering av lydopptak er, ifølge Merriam og Tisdell (2016, s. 131), det beste grunnlaget for dataanalyse. I tråd med deres anbefalinger transkriberte jeg intervjuene selv. Dette var en tidkrevende og intens prosess, og jeg brukte i gjennomsnitt cirka én time på å transkribere 10-12 minutters lydopptak. Jeg valgte å ta med så mange småord og pauser som mulig, både fra informantene og fra meg selv, i tilfelle dette vil være nyttig senere i analyse- og tolkningsprosessen. Egne utsagn ble markert med fet skrift og informantene ble identifisert med

nummer, avhengig av hvor de satt i rommet; informant nummer 1 satt nærmest meg, sett fra venstre. På denne måten hadde jeg oversikt over hvilken informant som sa hva. Hvert utsagn ble markert med tidspunkt, slik at jeg enkelt kunne finne tilbake i den originale lydfila dersom dette skulle bli nødvendig.

Eksemplet nedenfor viser utdrag fra transkribert materiale:

(41.26) Det bør jo liksom ikke være fullt tjo hei hele tiden, det er ofte de små tingene som dere nevnte i stad som er viktig, da.

1 (41.34) sånn som nå fikk de jo.. sang på lørdag, da. Ja, for da var det noen som kom og sang salmer.

3 (41.54) Det satte de jo kjempepris på.

2 (41.56) Det var to av beboerne i første som kom og sånn «what?»

(Utydelig prat i munnen på hverandre.)

3 (41.59) Da jeg kom opp på mandag, så hørte vi hvor flinke de var, liksom... jajaja... de var kjempeflinke...

Figur 3.1 Eksempel på transkribert materiale (min framstilling)

I intervjuene forsøkte jeg bevisst å unngå ledende spørsmål, men ble i løpet av transkriberingsprosessen oppmerksom på at jeg likevel hadde gjort dette ved enkelte anledninger. Dette kan ha påvirket svarene jeg fikk, og særlig i de tilfellene hvor informantene ikke utdypet svaret videre med egne ord. Data fremkommet på denne måten ble ikke vektlagt i den videre analyseprosessen.

3.9.2 Koding og kategorisering

Da intervjuene var transkribert, gjennomgikk jeg materialet på nytt for å kode dataene (Braun & Clarke, 2006, s. 88). Koding handler om å bryte teksten ned i mindre deler basert på hva de ulike delene handler om (Bryman, 2016, s. 588), og interessante poeng markeres.

I de transkriberte intervjuene satte jeg så inn linjenummer for lettere å kunne spore tilbake løsrevne data til sin opprinnelige sammenheng når jeg senere i prosessen skulle plukke datamaterialet fra hverandre. Deretter markerte jeg interessante poeng med gult og skrev en stikkordsmessig kommentar i margin.

73		
74	3 (06.13) Det står både i tiltaksplanen da og i ... aktivitetsdosetten ,og så ha vi sånn ... stor plakat som	Barbro Kingsrød Aktivitet i tiltaksplanen
75	står inne på rommet .. eee. ,så... man kan se det, alle kan se det og alle bør gjennomføre.	Barbro Kingsrød Personalet minnes på aktivitet.
76		
77	2 (06.27) så hvis jeg er på jobb og xxxx (navn på nr 3) er primær, så er det min... og tar den pasienten	Barbro Kingsrød Personalets ansvar
78	eller beboeren, så er det min oppgave å utføre hvis det står noe på aktivitetsdosetten den dagen .	
79		

Figur 3.2 Eksempel på kodet materiale (min framstilling)

Merriam og Tisdell (2016, s. 204) beskriver at forskeren i denne fasen har en slags samtale med sine data, stiller spørsmål til materialet og noterer kommentarer i margen, for på denne måten å bli oppmerksom på data som kan belyse problemstillingen og besvare forskningsspørsmålene.

Etter hvert som jeg gjennomgikk alle intervjuene på samme måte, oppdaget jeg at mange av de markerte poengene handlet om det samme, og informantenes forklaringer på hva som påvirket gjennomføringen av aktiviteter kunne samles i ulike kategorier og medfølgende underkategorier. Dette samsvarer med Braun og Clarkes beskrivelse av å sortere kodene i ulike kategorier eller temaer, for så å samordne de kodede data i overordnede kategorier (Braun & Clarke, 2006, s. 89). Jeg fikk til slutt seks hovedkategorier med et ulikt antall underkategorier:

- Aktivitetene
- Pasientene
- Pårørende
- Medarbeiderne
- Organisasjonens strukturelle faktorer
- Koronapandemien

Jeg opprettet et dokument i Excel med ett ark for hvert sykehjem og ett felles ark.

Deretter kopierte jeg kodede data fra Word-dokumentet over i Excel.

Linjenumrene fra Word og nummer på sykehjemmene (1-4) ble også ført inn i Excel for ikke å miste oversikt og for å kunne spore tilbake til det opprinnelige.

Hvert utsagn ble påført kategori og underkategori, samt eventuelt en kommentar.

kehi	Linje	Utsagn	Kategori	Underkategori	Utfyllende kommentar
4	387	Ja? På hvilken måte da? Jeg vil jo si at 90% har lyst til å bli med på noe nytt, kanskje noen vegrer seg litt for det ... det som er nytt kan være litt farlig ...	pasienten	personlighet	Mange av pasientene har lyst til å prøve noe nytt mens mange vegrer seg.
4	400	Fordi det kan hende at når det er sånn ekstra ting sånn julebord og sånne ting, så må man jo ha litt bedre bemanning, fordi da vil man forvente i hvertfall en del uro og sånne ting, ikke sant, sånne ting, og planlegging av hvordan maten skal serveres og alt	organisering	bemannings situasjonen	Julebord krever ekstra bemanning fordi det er mye som skal gjøres og man forventer uro.
4	408	så det er litt ekstraarbeid for ... personalet, da. Men... det skal gå fint, det er ikke hver dag.	personalet	holdning	Julebord er ekstraarbeid for personalet, men det går fint likevel. Positivitet.
4	410	men pårørende setter veldig pris på det, for vi har jo med pårørende, når vi har julebord, og dem er jo veldig fornøyd og veldig (nr 2: de koser seg. Det skjer ikke hver dag, så det skal man få til, altså).	annet	pårørende	Pårørende setter pris på julebord

Figur 3.3 Utdrag fra kategorisert materiale (min framstilling)

Etter at alle fire intervjuene ble kategorisert på samme måte, kopierte jeg alt materialet inn i et felles ark. På denne måten kunne jeg ved hjelp av funksjoner i Excel sortere og sammenstille dataene på ulike måter, både hvert intervju for seg og alle intervjuene sammen.

4	52	Alt så jeg er aktivtetsleder oppe i fjerde etasje her. Det vil jo si at i utgangspunktet så er jeg forlengede arm for aktivtetslederen som holder til i første etasje.	organisering	ansvarsfordeling	Aktivtetsleder → ansvarsfordeling. Delegering fra aktivtetsleder i første etasje.
3	644	Og så er det nok. Da trenger man ikke tenke, okei, og nå skal du trilles ut der og der og der, sånn at man har sånne realistiske forventninger. Fordi det er ikke til alle, disse aktivitetene heller. Så tenker jeg det hadde vært noe som... hvis... det er det jeg tenker, i alle fall...	personalet	holdning	Aktivtetsnivået må tilpasses pasienten.
4	47	Har dere... du nevnte at det ikke er så lett å planlegge aktiviteter, men har dere noe sånn type aktivtetsplan, eller...? Ja det har vi. Xxx (navn på nr 1) er jo aktivtetsleder...	organisering	planlegging	Aktivtetsplan (svarer bekreftende)
7	195	Da det er vel egentlig ca. at alle hushverne skal ha en aktivtetsplan i løpet av en uke. For eksempel hva som mandag...	organisering	planlegging	Aktivtetsplan i løpet av en uke
Eksempel Alle sykehjem Sykehjem nr 1 Sykehjem nr 2 Sykehjem nr 3 Sykehjem nr 4 (+) :					

Figur 3.4 Kategoriserte data samlet og pr. sykehjem (min framstilling)

Excel-dokumentet var omfattende og kunne bli vanskelig å orientere seg i. I arbeidsarket som inneholdt data fra alle de fire sykehjemmene, sorterte jeg derfor dataene i kategorier og tok deretter utskrift i A3-format.

Figur 3.5 Utskrift av kategoriserte data (min framstilling)

Proessen med å fordype meg i de innsamlede data og tolke og drøfte funn opp mot relevant teori og empiri, krever god forberedelse, systematikk og struktur. Forskeren kan ikke begynne med intensiv analyse før alle data er organisert og kategorisert på en slik måte at de enkelte kan spores tilbake til helheten (Merriam & Tisdell, 2016, s. 236). Jeg måtte kunne vri og vrenge på alle data, sette de sammen på nye måter og betrakte dem fra ulike vinkler, samtidig som jeg hadde oversikt over hvem som sa hva, hvor, når og som svar på hva.

3.10 Min rolle som forsker

Prosjektets reliabilitet ble utfordret både ved min behandling og tolkning av innkomne data og ved valg av informanter. Et sentralt spørsmål er hvorvidt en

annen forsker hadde fått tilsvarende resultat dersom vedkommende hadde gjennomført en tilsvarende studie i andre sykehjem med andre informanter, eller til og med i samme sykehjem med samme informanter (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Om jeg i min forskerrolle bevisst eller ubevisst har påvirket svarene informantene ga, eller om det at jeg ved starten av intervjuene informerte om min tidligere arbeidserfaring i sykehjem kan ha påvirket informantene til å gi andre svar enn om jeg ikke hadde gjort det, vil jeg ikke sikkert kunne vite. Ved å gjøre refleksjoner rundt dette teamet med både forskningsetiske og allmenntetiske prinsipper til grunn, kan jeg imidlertid vurdere hvilke faktorer som kan ha påvirket datainnsamlingen og hvorfor resultatene av intervjuene ble som de ble.

Samhandlingen mellom forsker og informanter er av betydning. Kvale og Brinkmann (2015, s. 195) hevder at «intervjueren selv er et forskningsinstrument. En dyktig intervjuer er ekspert på intervjuemnet og menneskelig relasjon.» Jeg har tidligere erfaring med både individuelle intervjuer, fokusgruppeintervjuer og møteledelse. Jeg har god kjennskap til arbeidet i en sykehjemsavdeling, noe som bidro til at jeg kunne stille relevante oppfølgingsspørsmål. I kraft av erfaringer og personlighet forsøkte jeg å ufarliggjøre eget prosjekt og plassere det på et praktisk og konkret nivå som informantene kunne relatere til. Med dette opplevde jeg at informantene fikk tillit til meg, siden jeg kjente deres arbeidshverdag. Vi hadde felles sjargong, og jeg trengte derfor ikke avbryte informantene når de brukte faguttrykk, siden jeg allerede visste hva faguttrykkene betydde, eksempelvis *Gerica*, *tiltaksplan*, *somatisk*, *ADL* og *dosett*. Jeg var en utenforstående, men likevel en «insider».

Jeg har stor respekt for helsepersonell og vaktet meg for ikke å komme med utsagn som av informantene kunne bli tolket som kritikk og krenking av deres integritet (Halvorsen & Jerpseth, 2016). Av erfaring vet jeg at arbeidsdagen i sykehjemmet kan være hektisk, og jeg har selv kjent på dårlig samvittighet når jeg etter en vakt i sykehjemmet synes at jeg ikke har fått gjort nok for pasientene. Dette, kombinert med at jeg i visse situasjoner trives bedre i rollen som høflig og forståelsesfull enn som kritisk og belærende, kan ha vært et hinder for informasjonsutveksling i intervjuene. Ved å stille enda mer kritiske spørsmål og vært litt mindre forståelsesfull for den hektiske hverdagen informantene tegnet et bilde av, selvfølgelig likevel innenfor grensen for hva som er etisk akseptabelt,

kunne kanskje andre data kommet fram. I etterkant er jeg likevel fornøyd med innholdet i datamaterialet, og ser ikke eventuelle mangler som kunne vært unngått ved at jeg hadde fylt min forskerrolle på en annen måte.

Maktbalansen mellom forsker og informanter er asymmetrisk (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 51). Enkeltord fra hvordan jeg innledningsvis presenterte meg selv og studiens formål; *masterstudent, forskningsprosjekt, erfaring som avdelingsleder og virksomhetsleder*, markerer i seg selv en ubalanse i makt og posisjon mellom informantene og meg selv. Informantene var kledd i arbeidsuniform, hadde oppsatt hår og ingen smykker, mens jeg hadde utslått hår, ringer på fingrene og støvletter med høy hæl. For en informant kan slike detaljer kanskje være utslagsgivende for tilliten vedkommende får til meg og for svarene som blir gitt, mens for andre informanter, som kanskje selv har en mastergrad eller som innehar en stor grad av selvsikkerhet, vil min forskerframtrede med valg av ord og påkledning ha mindre betydning for svarene vedkommende gir. I et etisk perspektiv har jeg på den annen side ikke noe valg. Jeg kan ikke lyve om min bakgrunn eller kle meg i arbeidsuniform for ikke å skille meg ut fra informantene. Som masterstudent har jeg gjennom utdanning og erfaring opparbeidet meg et annet ordforråd enn en person uten særlig utdanning. I kraft av utdanning, stilling og status har vi ulike oppgaver og ansvarsområder, og dette ble billedliggjort i intervjuene.

3.11 Etiske refleksjoner

I avsnittet ovenfor reflekterer jeg rundt det asymmetriske maktforholdet mellom forsker og informanter. Tilsvarende asymmetri kan vi finne i forholdet informantene imellom (Halvorsen & Jerpseth, 2016). Dette tok jeg høyde for i planleggingsfasen, da jeg opprinnelig ønsket å gjennomføre fokusgruppeintervjuer med kun to profesjonsgrupper samlet: sykepleiere og vernepleiere i samme intervju, og helsefagarbeidere og assistenter sammen. Dette antok jeg ville kunne forhindre situasjoner hvor for eksempel en assistent ikke ønsket å ytre sin mening av frykt for at disse ville være avvikende fra en kollega med høyere utdanning.

Jeg endte opp med fire fokusgruppeintervjuer som alle hadde en kombinasjon av to til fire ulike profesjoner. I to av disse var det sykepleier og vernepleier som

hadde de klareste meningene og som snakket mest. To av fokusgruppene hadde én assistent hver, hvorav den ene assistenten var like aktiv i samtalen som de andre informantene, mens assistenten i den andre gruppen sa svært lite. Dette kan også være forårsaket av forhold som personlighet, kommunikasjonsferdigheter eller norskkunnskaper. Jeg tolker disse eksemplene som at maktbalansen mellom informantene ikke var helt symmetrisk. Kanskje ville annen informasjon blitt generert dersom forholdet informantene imellom hadde vært mer i likevekt.

Mine tidligere erfaringer fra arbeid i sykehjem, både som medarbeider og leder, ga meg en subjektiv forventning om hvilke faktorer som påvirker gjennomføring av aktiviteter for pasientene. Malterud (2001, s. 483) hevder at forskerens bakgrunn vil påvirke valg av forskningsområde, innfallsvinkel og metodevalg. Videre vil dette ha innvirkning på hvilke funn forskeren velger å vektlegge, samt måten resultatene formidles på. Forskerens forventninger til funn vil i stor grad påvirke vedkommendes nøytralitet. Malteruds (2001, s. 483) beskrivelser er treffende for min egen rolle. Noen ganger svarte informantene det jeg hadde forventet, men like ofte kom et annet svar. Det er ikke uvanlig at forskeren selv kan tenke at hun vet svaret. Det er imidlertid ikke forskeren, men informantene som spiller hovedrollen i ethvert forskningsprosjekt. Som forsker har jeg et selvstendig og kontinuerlig ansvar for å vurdere egen rolle i lys av både egne og andres etiske retningslinjer (Tjora, 2017, s. 46). Jo mer kunnskap jeg tilegner meg, jo større ballast vil jeg ha for å kunne styre mitt prosjekt i havn på en etisk god måte, samt sikre de nødvendige krav til reliabilitet og validitet.

Gjennom hele min studie, fra valg av forskningsdesign til ferdigstilling av masteravhandlingen, har jeg måttet gjøre vurderinger av studiens validitet og reliabilitet. Resultatene må være etterrettelige og kunne spores tilbake til kildene. Som forsker må jeg fremstå på en tillitsvekkende måte. Arbeidet mitt må være transparent i så stor grad at det ikke sås tvil om at det jeg presenterer er ekte (Merriam & Tisdell, 2016, s. 238). Ved kritisk å ha vurdert egen forskningsprosess fra a til å, kan jeg i størst mulig grad bidra til nettopp dette. Har jeg valgt relevant teori og empiri som grunnlag for tolkning av innsamlede data? Var min intervjuerrolle tillitsvekkende nok til at informantene delte sine erfaringer, eller holdt de av ulike grunner tilbake informasjon? Stilte jeg de rette oppfølgingsspørsmålene, men hvem kan forøvrig definere hvilke

oppfølgingsspørsmål som er «De Rette»? Transkriberte jeg lyd materialet på en grundig og korrekt måte, uten å tolke meningsinnholdet i for stor grad? Ved å refleksjoner omkring reliabilitet og validitet har preget hele min prosess, håper jeg at min studie bærer preg av å være solid, presentabel, grundig og etisk forsvarlig.

3.12 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg gjort rede for valg av forskningsdesign og metode for å belyse problemstillingen på best mulig måte. Min studie har et kvalitativt design med vekselvis induktiv og deduktiv tilnærming. Dataene ble samlet inn i fokusgruppeintervjuer med til sammen 14 informanter fra fire sykehjem i Oslo kommune. Utvalget besto av informanter med ulik yrkesbakgrunn, som jobbet minimum 50% stilling og som hadde god kunnskap om gjennomføring av aktiviteter for pasientene. I etterkant av intervjuene transkriberte jeg lydopptakene, før jeg kodet, kategoriserte og analyserte dataene i tråd med en trinnvis tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006). I dette kapitlet har jeg også reflektert over hvordan utøvelse av egen forskerrolle og et asymmetrisk maktforhold informantene imellom og mellom informantene og meg som forsker kan ha påvirket de resultatene som fremkom, samt hvordan jeg kan sikre at min studie er troverdig og etterrettelig.

4.0 Presentasjon av funn

I dette kapitlet presenterer jeg informantenes betraktninger om hvilke faktorer som påvirker gjennomføring av aktiviteter. Drøfting av funnene skjer i kapittel 5.

Påvirkningsfaktorene er ordnet i seks kategorier:

- Aktivitetene
- Pasientene
- Pårørende
- Medarbeiderne
- Organisasjonens strukturelle faktorer
- Koronapandemien

Jeg vil for hver hovedkategori gjenfortelle hovedtrekkene i informantenes utsagn, supplert av enkelte direkte sitater. Sitatene er gjengitt i muntlig form, så nærme det som opprinnelige ble sagt som mulig, dog noe justert av hensyn til leservennlighet og ordflyt.

Eksempel på opprinnelig sitat, ordrett gjengitt:

Vanligvis så har vi jo fellestrimmen på onsdager, men nå har vi bytta det til fredag, så vi bytter littegranne på. Og så skal vi på tur i morgen, så... Man må tilpasse det litt uke for uke, men... eeee.... sånn som underholdning og sånn, det er jo... er jo... blitt bestilt for lenge siden, så da har man jo det fastsatt lang tid i forveien.

Eksempel på samme sitat, noe bearbeidet:

Vanligvis har vi fellestrimmen på onsdager, men nå har vi byttet det til fredag. Og i morgen skal vi på tur, så man må tilpasse det litt uke for uke. Men underholdning og sånt, det er jo bestilt for lenge siden, og da er det fastsatt lang tid i forveien.

Jeg knytter ikke utsagnene til de ulike informantene eller hvilken profesjonsgruppe informantene tilhører. Unntaket er når jeg vurderer dette som en tilleggsopplysning av verdi for å utdype utsagnets meningsinnhold.

4.1 Aktivitetene

Hvert intervju ble innledet med oppvarmingsspørsmål hvor informantene delte sin oppfatning av begrepet *aktivitet* (Tjora, 2017, s. 145-146). Johannessen, Rafoss og

Rasmussen (2018, s. 42) hevder at «mening skapes (konstrueres) av mennesker som lever, handler og snakker sammen, eller på andre måter har med hverandre å gjøre». Menneskene vi omgås og omgivelsene vi opererer i, har innflytelse på hvilken mening vi tillegger ulike begrep.

Det viste seg at informantene var godt omforent om hva de la i begrepet *aktiviteter for pasientene*, og de definerte aktivitetsbegrepet bredt; fra dagligdagse aktiviteter, ofte som en del av personlig stell og gjennomføring av måltider, til store felles aktiviteter for hele pasientgruppen, eksempelvis julebord eller konserter. Informantene mente de små, hverdagslige aktivitetene kunne oppleves som like meningsfulle, og noen ganger enda mer verdifulle, enn de store felles aktivitetene.

Det trenger ikke være noe spesielt for at det skal være en aktivitet. Aktivitet er det å finne på, kanskje få noe med en gang en står opp av sengen, at man får en liten samtale sammen med beboeren. Det må ikke være kjempestort.

Ved ett av sykehjemmene ble det årlig arrangert såkalte drømmedager, hvor det ble tilrettelagt for nær sagt alle typer aktiviteter som pasientene kunne ønske seg. Helikoptertur og tur med danskebåten ble nevnt som eksempler.

Vi hadde en som ønsket å komme i helikopter. Han satt i rullestol, stor mann, kom med helikopter og fikk en helikoptertur. Det var drømmedag de luxe.

Selv om nær sagt alt var mulig på drømmedagene, hadde ikke alle pasientene ønske om omfattende aktivitet. Noen var fornøyd med å gå en tur i hagen eller være på rommet.

Informantenes inntrykk var at pasienter i ordinære langtidsavdelinger gjennomgående hadde et lavere fysisk funksjonsnivå enn pasienter i demensavdelinger, og at det derfor var enklere å gjennomføre visse fysiske aktiviteter i demensavdelinger framfor andre avdelinger. Og motsatt; gjennomføring av kognitive og sosiale aktiviteter var enklere i somatiske avdelinger enn i demensavdeling, siden demenspasientene gjennomgående hadde større tap av kognitive og sosiale funksjoner enn pasienter i somatiske avdelinger.

I demensavdelingene ble aktivitet brukt målrettet for å forebygge uro og utfordrende atferd blant pasientene, og da som tiltak istedenfor eller parallelt med medikamentell behandling av uroen. Informantene mente at tid brukt til aktivitet

for forebygging av uro medførte tid spart på å roe ned pasienter hvor uroen hadde eskalert.

Alle sykehjemmene i studien benyttet dokumentasjonssystemet Gerica som elektronisk pasientjournal, og alle pasientene hadde individuelle tiltaksplaner. Pasientenes funksjonsnivå ble kartlagt og dannet grunnlaget for individuelle målsettinger med tilhørende tiltak på ulike livsområder. Aktivitet var et av hovedområdene i tiltaksplanen.

Det er vel egentlig sagt at alle beboerne skal ha en aktivitetsplan i Gerica, for eksempel mandager felles trim, tirsdager ..., ja fredag er det bingo. Det er ikke sånn at vi følger det slavisk, men...

Tiltaksplanen inneholdt opplysninger om hvilke aktiviteter pasienten likte og hvilke som ville gjøre pasienten rolig eller urolig. Når aktiviteter var gjennomført, skulle det dokumenteres hvorvidt aktiviteten etter medarbeidernes mening hadde hatt god effekt.

Aktiviteten i seg selv var en faktor som påvirket hvorvidt den ble gjennomført eller ikke, og om gjennomføringen ble vellykket. Dersom aktiviteten ikke var tilpasset målgruppen og ikke ble opplevde som meningsfull av pasientene som deltok i aktiviteten, anså informantene aktiviteten som lite hensiktsmessig. En informant ga et eksempel:

Jeg har prøvd meg på quiz, men det er litt vanskelig for dem å huske, så jeg fant ut at det kanskje ble litt sånn ..., det var noen som følte seg veldig utafør.

Lesegruppe ble nevnt som eksempel på en aktivitet som var lite tilpasset målgruppen. Informanten pekte på flere mulige grunner til dette. Mange av pasientene hadde nedsatt hørsel og fikk dermed ikke med seg det som ble sagt, og mange hadde kognitiv svikt som gjorde at de ikke forsto innholdet. Pasientene var passive tilhørere og ikke aktive deltakere, og mange sovnet mens personalet leste.

Vi tullet litt med aktivtøren; «har det blitt sovegruppe og ikke lesegruppe?» Alle sovna! Det var jo kanskje 8-9 stykker som var på den gruppa og kanskje en av dem som fulgte med. De leste fra en novelle eller noe sånt, eller en roman ... Men om de husket hva som skjedde? ...

Dette er i tråd med funn fra Haugland (2012, s. 47), som i sin studie viser til at sykehjemspasienter er mest interessert i aktiviteter der de selv kan være aktive.

I to av intervjuene ble det diskutert hvordan medarbeidernes og samfunnets preferanser kunne bli lagt til grunn ved utforming av aktivitetstilbudet.

Jeg tror nok kanskje en del av de aktivitetene vi snakker om går på våre premisser fordi at vi er så aktive, ikke sant, samfunnet nå er så voldsomt aktivt, det skal skje så mye. Men det er de små tingene, de veldig små tingene som ofte skal til.

På denne måten reflektere informantene omkring eget aktivitetsnivå og hvordan medarbeiderne og til dels pårørende har dette som sammenligningsgrunnlag for hvilket aktivitetsnivå de tror pasientene foretrekker.

4.1.1 Aktivitetene – kort oppsummert

Informantene tolket aktivitetsbegrepet bredt; fra de enkle tingene som å holde i hånden og at pasienten vasket seg selv i ansiktet, til store og omfattende aktiviteter som å fly i helikopter eller tur med danskebåten. Aktivitetene var i seg selv en faktor som påvirket hvorvidt de ble prioritert og gjennomført, særlig med tanke på hvor godt tilpasset aktivitetene var til den enkelte pasient eller til pasientgruppen som helhet. Aktivitet brukt som et målrettet tiltak kunne forebygge uro og utfordrende atferd og være et supplement eller alternativ til medikamentell behandling av uro.

4.2 Pasientene

Pasientene hadde betydning for hvordan og i hvilken grad aktiviteter ble gjennomført. Ifølge informantene måtte det tas høyde for pasientenes ulike interesser og personlighet når aktivitetene skulle planlegges. Det var ikke å forvente, mente informantene, at alle pasientene skulle like de samme aktivitetene i det øyeblikket de flyttet inn i sykehjemmet.

I innsamlingssamtalen ble det kartlagt blant annet hvilke interesser pasienten hadde og hva slags type aktivitet vedkommende ville foretrekke.

Ved innsamlingssamtale når pasienten kommer til oss, har vi et skjema som de går gjennom og fyller ut, der det handler om livshistorie. Da vil man skrive hva hun er glad i, hva hun er mest opptatt av, og ut i fra det skal vi planlegge aktiviteter i avdelingen.

Dette er i tråd med Hauvik og Eckhoff (2017), som understreker viktigheten av å kartlegge pasientenes ønsker og behov for å skreddersy aktivitetstilbudet til den enkelte pasient. På bakgrunn av dette kan det foretas en vurdering av hvilke aktiviteter som skal igangsettes, videreføres eller avsluttes.

I løpet av tiden pasientene bodde i sykehjemmet, ville både sykdomsbilde, funksjonsnivå og interesser endre seg, og dermed kunne pasientenes ønske om aktivitet etter hvert bli et annet. Den enkeltes dagsform spilte også inn. Informantene fortalte at de jevnlig spurte pasientene om hva de ønsket.

Vi lager liste og spør hva de ønsker. Mange har jo ingen ønsker, de vil ingen ting og er kjempefornøyd med å sitte på rommet sitt og høre på radio, mens andre vil ut og ta en middag.

Karakteristika ved avdelingens samlede pasientgruppe hang sammen med hvilke pasienter som til enhver tid bodde i avdelingen og ville endres etter hvert som pasienter døde og nye flyttet inn. Dette hadde betydning for hvilke aktiviteter som kunne gjennomføres.

Det er litt forskjell på hvilken gruppe man er på. Akkurat den gruppa jeg er på nå, der er det ikke så mye språk og sånn på alle, så da blir det mer samtaler om ting, se på tv og lese. [...] På min gamle gruppe kunne man spille yatzy og kort og sånne ting, så det er litt forskjellig.

Noen av informantene som hadde jobbet i sykehjem i mange år, mente at det var forskjell på pasientgruppene i dag sammenlignet med tidligere, og at dagens sykehjemspasienter hadde gjennomgående lavere funksjonsnivå og et mer sammensatt og komplisert sykdomsbilde enn før. Dette påvirket muligheten for å gjennomføre aktiviteter. Hvilke aktiviteter som opplevdes som hensiktsmessige og meningsfulle var derfor annerledes enn for noen år siden.

Noen av oss har jo jobbet en del år nå, og de blir jo dårligere og dårligere. Det er jo minisykehus, og bemanningsfaktoren blir jo ikke høyere. Da er det veldig begrenset.

Informantenes opplevelse finner vi igjen hos Telenius et al. (2019), som hevder at sykere pasienter i sykehjem er en konsekvens av myndighetenes satsning på hjemmebaserte tjenester framfor institusjonsbasert omsorg. Eldre skal i størst mulig grad og lengst mulig bo hjemme med bistand fra hjemmetjenesten. De som får sykehjemsplass er dermed eldre enn før, med et mer omfattende og sammensatt sykdomsbilde.

Selv om pasientenes helsetilstand var nedsatt, hadde de både gode og dårlige dager. På dårlige dager var det begrenset hvor mye aktivitet det var mulig for dem å delta i, mens de gode dagene ga flere muligheter for aktivitet.

Før vi utfører aktiviteter, observerer vi pasientens dagsform. Noen orker å gjøre noe, noen er dårlig, så det er forskjellig. Det er ikke hver dag vi utfører de forskjellige aktivitetene. Det er veldig viktig å observere pasientens helsetilstand.

Informantene understreket at det var viktig å ivareta pasientenes autonomi og mulighet til selv å kunne bestemme hva slags typer aktiviteter de ønsket å delta i, og at medarbeidere måtte ta hensyn til pasientenes ønsker.

Beboerne skal jo selv avgjøre hva de ønsker. Vi skal ikke styre dem i en retning, det er de som skal styre oss. Det skal hele tiden gå på hva de ønsker, vi skal ikke tvinge dem til noe som de ikke ønsker.

Dilemmaer oppsto når pasienten ikke ønsket aktivitet og medarbeideren samtidig av erfaring visste at pasienten ville få positive opplevelser ved å delta.

Dørstokkmila ble nevnt flere ganger; den er vanskelig å komme over, men når man vel er over dørstokken åpner det seg nye muligheter for gode opplevelser.

Informantene beskrev hvordan de etter beste evne forsøkte å motivere pasientene. I de tilfellene hvor de hadde en god relasjon til pasienten og kjente pasienten godt, kunne de presse på litt ekstra for å få pasienten med på en aktivitet vedkommende i utgangspunktet ikke ønsket, men som likevel kunne ende med deltakelse og påfølgende glede, mestring og positivitet. Som en av informantene sa:

Hun strålte jo hver gang vi klarte å lure henne.

Men for informantene gikk det likevel en grense for hvor langt de kunne motivere uten å krenke pasientenes autonomi og mulighet for å gjøre egne valg. Nøyaktig hvor denne grensen gikk, måtte den enkelte medarbeider selv kjenne på, avhengig av relasjonen de hadde med den aktuelle pasienten.

Informanten fortalte at i arbeid med mennesker ble dagen sjelden som planlagt. Ting skjedde, akutte hendelser oppsto, dagsformen varierte. I samtlige intervjuer ble det nevnt at uforutsette hendelser kunne vanskeliggjøre gjennomføring av aktiviteter:

Vi kan ha planlagt at det og det skal vi gjøre, men så går det ikke likevel, fordi de ikke vil når det kommer til stykket, eller at det skjer noe så vi ikke har mulighet.

Flere eksempler ble nevnt; en pasient måtte på toalettet, en annen var lei seg, en tredje hadde falt. Pasienter som hadde sagt at de ønsket å være med og kaste ballong, ville ikke likevel. Dette var noe av det som gjorde arbeidsdagene

spennende, syntes flere av informantene, men samtidig påvirket det muligheten til å gjennomføre aktiviteter som var planlagt.

Uforutsette hendelser var imidlertid ikke alltid av det negative. Det ble også nevnt at aktiviteter kunne oppstå spontant når det plutselig ble tid, rom og god stemning. En fysioterapeut hadde samlet en gruppe pasienter til felles trim. Da trimmen var over, ble pasientene sittende mens musikk ble skrudd på. Siden stemningen var god og pasientene var rolige, bød en medarbeider en pasient opp til dans. Snart danset flere pasienter, både med hverandre og med medarbeiderne, mens andre pasienter klappet takten og sang. Noen pasienter gikk mens andre kom til, og på denne måten oppsto en spontan dansegruppe som et resultat av en rekke uforutsette hendelser, noe som endte med kvalitetstid for både pasienter og medarbeidere. Informantene understreket et viktig poeng; medarbeiderne måtte gripe muligheten og gjøre en innsats for å lage en god aktivitet. Mye var avhengig av den enkelte medarbeider.

4.2.1 Pasientene – kort oppsummert

Pasientenes interesser og ønsker om aktivitet ble kartlagt i en inntakssamtale. Det ble deretter opprettet tiltaksplan med informasjon om hva slags aktiviteter pasienten ønsket.

Avdelingens aktivitetstilbud hang sammen med hvilke pasienter som til enhver tid bodde i avdelingen, pasientgruppens dynamikk og den enkelte pasients personlighet, interesser og ønsker. Informantene opplevde pasientene som sykere enn før, og dette påvirket hvilke aktiviteter som var hensiktsmessige. Medarbeiderne tok hensyn til pasientenes ønsker om aktivitet, men motiverte dem til å delta selv om pasienten i utgangspunktet sa nei.

Uforutsette hendelser kunne oppstå og være til hinder for gjennomføring av planlagte aktiviteter, men innebar også en mulighet for spontane aktiviteter når anledningen bød seg.

4.3 Pårørende

Også *pårørende* påvirket gjennomføring av aktivitet. Informantene erfarte at pårørende kunne ha urealistiske forventninger til aktivitetstilbudet i avdelingen, og at de også kunne overvurdere «sine» pasienters motivasjon og evne til å delta.

En kjent problemstilling var at pårørende ønsket aktivitet på pasientens vegne, uten at pasienten ønsket det samme.

Ofte så «hvorfor har du ikke spurt, har du ikke tatt med mamma på ...», men de vil jo ikke, og vi må respektere det når de får et valg og sier nei. Vi kan ikke bruke tvang, og det er det ikke alle pårørende som skjønner like godt.

Informantene var frustrert over at mange pårørende ikke forsto eller ikke ønsket å innse at pasientenes funksjonsnivå var et annet enn tidligere, og at et komplisert sykdomsbilde med smerter kunne stå i veien for både ønsket om og muligheten for deltakelse i aktivitet.

Det er pårørende, det er de som vil og presser mest. De kjenner foreldrene sine, de vet at de har gått mye i skogen og på ski, og så skjønner de ikke hvor syke de er nå.

I følge informantene tilbrakte medarbeiderne mange flere timer sammen med pasientene enn hva pårørende gjorde, og hadde derfor i mange tilfeller bedre innsikt i pasientenes sykdomsbilde og funksjonsnivå enn hva pårørende hadde. Selv om de pårørende utvilsomt kjente pasienten best fra tiden før vedkommende flyttet inn i sykehjemmet, mente informantene at det var de som nå kjente pasientenes daglige rutiner, ønsker og behov best. Derfor var det ekstra frustrerende når enkelte pårørende fremsto som en talsperson for pasienten og dette kom i konflikt med medarbeidernes opplevelse av pasienten.

Altså, har man en gammel mor eller far på 97 år, og de maser om at den personen skal aktiviseres. Da lurar jeg på: skjønner dere ikke at personen er sliten?

Enkelte pårørende la press på medarbeiderne om å ta pasienten med på spesifikke aktiviteter. Noen ganger ga medarbeiderne etter for presset, til tross for egen forventning om at gjennomføringen ikke ville bli vellykket for hverken den aktuelle pasienten eller for medpasientene.

Og så er det pårørende som spør «er de med på noen aktiviteter da?» «Ja, de er det, men [...] de er ikke i stand til å være med på bingo.» «Ja, men vi prøver!» «Ja, ja, for all del, vi kan prøve...»

Pasientenes ønske om deltakelse ble i stor grad respektert, men pasienter med kognitiv svikt og demens kunne glemme at de hadde takket nei til aktivitet eller at de hadde fått tilbud om deltakelse. Når pårørende senere spurte sin mor om hun hadde vært på konsert, hadde pasienten glemt at hun ikke hadde ønsket å delta.

For pårørende som ikke var kjent med pasientens sviktende hukommelse var dette vanskelig å fordøye, og det ble tolket dithen at aktivitetstilbudet var for lite, at deres familiemedlem ble utelatt fra aktivitet eller at medarbeiderne gjorde for lite for å motivere til deltakelse.

Forventninger fra pårørende til aktivitet og deltakelse er omtalt i en studie av Vik (2012, s. 25). I motsetning til mine informanternes opplevelser, er Viks erfaring at pårørende oppfordrer de eldre til passivitet, hvile og å ta det med ro, og at dette kan oppleves som problematisk både hos de eldre og hos tjenesteyterne. Et slikt perspektiv ble ikke avdekket i min studie.

Ved et av sykehjemmene hadde forholdet til noen av de pårørende utviklet seg til en konflikt grunnet uenighet om aktivitetsnivå og deltakelse. I et forsøk på å løse konflikten og forebygge en negativ relasjon mellom de pårørende og medarbeiderne, var det blitt gjennomført samarbeidsmøter for gjensidig forventningsavklaring.

Vi har hatt møter med de pårørende for å høre hva de egentlig forventer, for når vi sier at moren deres ikke ønsker å være med på sånne store konserter og hun ikke er interessert, så tror de ikke på oss.

Medarbeiderne ønsket å realitetsorientere de pårørende både om den aktuelle pasientens helsetilstand, funksjonsnivå og ønsker om aktivitet, og også om hvilket aktivitetsnivå de hadde mulighet for å tilby. Pårørendes kritikk ble opplevd som urettferdig, da medarbeiderne følte de strakk seg langt og gjorde det de kunne for å gi pasientene et godt tilbud.

Informantene understreket imidlertid at ikke alle pårørende var misfornøyde. Mange av dem var tvert imot fornøyd med aktivitetstilbudet, kom på besøk, gikk tur med pasientene eller tok dem med ut av sykehjemmet og var på denne måten ressurser for gjennomføring av aktiviteter. Det var godt samarbeid med noen av de pårørende ved finansiering av kostbare aktiviteter som eksempelvis tur med helikopter og danskebåten. Pårørende betalte også billetter eller andre utlegg for medarbeidere som bisto pasientene ved slike aktiviteter.

Man må jo være på lag med pårørende, for det å kose seg koster jo penger, og det må jo beboeren betale. Da må man også ha pårørende meg seg.

Ved et annet sykehjem bidro en gruppe pårørende økonomisk ved å leie en privat aktivitør som fulgte enkelte av pasientene på tur noen ganger i uken.

4.3.1 Pårørende – kort oppsummert

Informantene erfarte at noen pårørende hadde urealistiske forventninger til hvilke aktiviteter sykehjemmet kunne tilby. Det kunne være vanskelig for pårørende å akseptere at endringer i pasientenes funksjonsnivå og interesser førte til ønske om annen type aktivitet enn da de var yngre. I noen tilfeller ble aktiviteter gjennomført etter press fra pårørende, men som oftest måtte pårørendes ønsker vike og pasientene selv fikk bestemme. Pasienter med kognitiv svikt kunne glemme at de var blitt spurt eller hadde takket nei til å delta i aktivitet. Samarbeidsmøter ble gjennomført for å forhindre at uenighet om aktiviteter førte til konflikt mellom pårørende og medarbeiderne.

Utfordringer til tross; med noe unntak var pårørendegruppen en positiv ressurs ved at de kom på besøk, tok pasientene med ut eller bidro økonomisk til gjennomføring av aktiviteter.

4.4 Medarbeiderne

Fram til nå har jeg formidlet informantenes fortellinger om hvordan aktivitetene, pasientene og pårørende har betydning for gjennomføring av aktiviteter. En fjerde faktor er *medarbeiderne*. Informantene skildret sine kollegaer som en sammensatt gruppe med både fellestrekk og ulikheter.

Vi har forskjellige kunnskaper og fyller avdelingen med forskjellige folk, fra forskjellige steder og forskjellig kultur. [...]Det er en veldig god miks.

I intervjuene fortalte informantene om hvordan medarbeidernes personlige egenskaper, holdninger, kompetanse og motivasjon påvirker hvordan de prioriterer og gjennomfører aktiviteter.

4.4.1 Holdninger

Ifølge informantene var det ulike holdninger til aktivitet blant medarbeiderne. Der noen var positive til gjennomføring av aktiviteter, var andre negative. Når medarbeidernes negative holdninger ble formidlet til pasientene, påvirket dette pasientenes motivasjon for å delta.

Det har jo blitt bedre, men det har vært sånn ... «nei, bingo er så kjedelig, så det vil ikke jeg [medarbeideren, min presisering] være med på.» Da er det ikke så veldig lett å få med seg beboerne.

En av informantene hadde en interessant refleksjon om det gjensidige påvirkningsforholdet mellom medarbeider og pasient, og hvordan energinivå og entusiasme smitter mellom partene:

De merker jo det at hvis vi ikke er interessert, så blir ikke de så veldig interessert i å gjøre noen ting heller. Den energien du leverer, den er smittsom.

Ledende spørsmål fra medarbeider til pasient kunne frembringe det svaret medarbeideren ønsket. En informant illustrerte hvordan en medarbeiders negative holdninger til gjennomføring av en aktivitet ble formidlet til pasienten, og at dette kunne påvirke hvorvidt pasienten deltok eller ikke.

Det har jo noe med hvordan man spør beboerne om de vil delta: «nei det her synes vel ikke du noe særlig om, så det vil du kanskje ikke være med på?»

Sannsynligheten for at pasienten i dette tilfellet takket nei var ifølge informanten større enn at pasienten skulle motsi medarbeideren og likevel delta i aktiviteten. Det ble også nevnt en episode hvor medarbeideren i utgangspunktet var negativ til et besøk på tivoli, men som likevel viste seg å bli en positiv opplevelse:

Det er ikke så lenge siden vi hadde tivoli her nede, og da gikk jeg ned og tenkte okei, dette blir kanskje ikke så vellykket. Men da så jeg faktisk at en del av beboerne, som jeg ikke hadde trodd i det hele tatt, syntes at dette var veldig gøy. Så noen ganger får du en aha-opplevelse.

I dette tilfellet var medarbeideren bevisst på å ikke formidle sin negative holdning til pasientene, men gjennomførte aktiviteten til tross for egen forventning om uro og dårlige opplevelser for pasientene.

4.4.2 Interesse, personlighet og kompetanse

Gjentatte ganger i løpet av intervjuene kom informantene inn på hvilket mangfold deres respektive personalgrupper representerte. De ulike medarbeiderne brakte med seg ulike personlighetstrekk og interesser inn i kollegarelasjonen, og dette påvirket både medarbeidere, pasienter og aktivitetstilbudet. Medarbeidernes interesse og engasjement var forutsetninger for gjennomføring av aktiviteter.

Man må ha noen som er interessert. Det er noen som er mest interessert i at man bare skal stille, kanskje, jeg vet ikke helt, men det er ikke alle som er like flinke med aktivitet. Noen setter i gang og baker, får beboerne med og forteller hvordan man skal gjøre ting og sånn. Det må jo være litt engasjement fra personalet også.

I et av intervjuene var avdelingsleder med som en av informantene. Hun mente det var viktig å ta hensyn til medarbeidernes interesser for oppgavene når dagen skulle planlegges, og å koble rett medarbeider til riktig aktivitet.

Hvis hun ikke er glad i å gå tur, vil jeg ta en annen ansatt til å gjennomføre den aktiviteten. Noen er flinke til å lese avisen og noen er ikke det, og da må man finne riktig person.

Informantene mente det var viktig å ha kunnskap om aktiviteten som skulle gjennomføres. Dersom en medarbeider ikke kunne lage mat, ville det være vanskelig for vedkommende å gjennomføre aktiviteter som å bake og koke fåriskål. Det å lede en strikkegruppe krevde også en viss kompetanse. Kunne man ikke strikke, kunne man heller ikke ha ansvaret for strikkegruppen. Av den grunn var det viktig med en viss valgfrihet ved gjennomføring av aktiviteter, og at ansvar for aktivitetene rullerte mellom de som hadde kompetanse og interesse.

Når jeg jobba oppe på toer-posten, var det mange som var veldig flinke med negler og manikyr. Sånne ting kan ikke jeg, så akkurat det holder jeg meg unna.

En informant som var født og oppvokst i et annet land, kunne fortelle at kulturell tilhørighet og bakgrunn påvirket hvilke aktiviteter hun hadde mulighet til å gjennomføre. Å synge norske sanger uten å kunne hverken tekst eller melodi var vanskelig.

Vi har ikke de norske sangene som beboerne kan og kjenner. Men jeg har sett den norske dama som når hun er på jobb ... hun sitter og synger og synger.

Selv uten hverken kompetanse eller erfaring, mente en av informantene at dette ikke burde være et hinder for gjennomføring. Det meste ville være mulig å lære og alt burde ikke nødvendigvis være så komplisert, men man måtte ha en indre trygghet for å prøve noe nytt og ikke være redd for å feile. Dette var en egenskap som ofte kom med alder og erfaring, mente informanten.

Jeg trives med det meste av aktiviteter, men jeg har jobbet i gamet så lenge så jeg er ikke redd for å dumme meg ut. Det er klart, det har jo litt med det å gjøre også, at man må ha litt trygghet. De som ikke kan synge eller danse, de begynner jo ikke med det ... så det har vel litt med det å finne sin plattform og trygghet.

Nødvendigheten av å ha kompetanse om aktiviteter som målrettede miljøtiltak, ble drøftet ved særlig to av sykehjemmene. En av informantene forklarte:

Man spør jo hele tiden «hva har du prøvd, hvilken aktivitet har du gjort?» «Nei, jeg har ikke gjort noe.» «Nei, men da synes jeg du skal gjøre det før du får den lille hvite [tabletten, min presisering] du gjerne vil ha.»

Diskusjonene omkring dette temaet ble anført av en vernepleier og en sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Begge disse utdannelsene vektlegger nettopp målrettet miljøarbeid og bruk av aktiviteter som tiltak for selvstendighet, deltakelse og mestring, og som alternativ til bruk av medikamenter. Dette stiller krav til medarbeiderne både når det gjelder kunnskap og kreativitet, siden det å gå i gang med en spesifikk aktivitet når pasienten blir urolig kunne virke både ulogisk og vanskelig, ifølge informantene.

4.4.3 Motivasjon

Pasientenes positive reaksjoner var en stor motivasjonsfaktor for medarbeiderne. Fornøyde pasienter var noe av det beste ved jobben.

De er jo fortsatt mennesker, de vil leve livet, de vil se at det skjer noe rundt dem selv om de er på et sykehjem.

Noen ganger kunne aktiviteter utløse negative følelser hos pasientene. En aktivitet som i utgangspunktet skulle føre til inkludering, mestring og fellesskap, kunne isteden gi motsatt resultat.

Det gjør noe med en når du ser gleden hos pasientene, da blir man glad. Men hvis det er quiz og det er en som ikke kan svare på noen ting, får man en følelse av at det kanskje ikke var så lurt.

Å kunne tilby pasientene «det lille ekstra», altså litt mer enn hva pasienten forventet, var motiverende for informantene, uten at dette nødvendigvis var så mye eller omfattende. Å tilbringe tid sammen med pasienten var verdifullt.

Det lille du gjør, den lille fem minutters praten, det kan endre dagen deres. De bor her, det er livet deres. Det lille vi gjør er så mye for dem.

Å gi pasientene et blikk, en kommentar og et klapp på skulderen var enkle tiltak som kunne redusere tristhet og uro. Slike handlinger hvor medarbeiderne uttrykte omsorg for pasientene var ofte naturlige reaksjoner som oppsto i en nær relasjon, men kunne også være bevisste tiltak for pasienter med ekstra behov for nærhet og trygghet.

En av informantene var pådriver for aktivitet i sin avdeling og brukte gjerne av sin fritid når dette bidro til gode og meningsfulle aktiviteter for pasientene. Hun

fortalte at hun dro på årlige overnattingsturer med noen pasienter, og hun hadde da gjerne katten sin med. Videre fortalte informanten om sommerturer til en kollegas campingvogn, hvor kollegaer og pasienter ble som en vennegjeng på tur. Dette bidro til å skape nære relasjoner mellom pasienter og medarbeidere og var en stor kilde til både glede og motivasjon.

Når du ser hvor stor pris de setter på det ... Det er sånn jeg sier angående turene til [sted]; jeg får ikke betalt for det, jeg bruker min fritid, men det spiller ingen rolle så lenge jeg ser hvordan den dama er i ettertid og hvordan hun lever på det.

Flere informanter beskrev samspillet med og relasjonene til pasientene som en motivasjonskilde. En informant fortalte at hun følte seg som en del av en stor familie sammen med pasientene. Særlig gjaldt dette i helgene, når bordene ble pent dekket med hvit duk, maten var litt bedre enn i ukedagene og det ofte var mer tid og rom til å bruke lengre tid rundt bordet med gode samtaler. En annen fortalte om mye humor og latter sammen med pasientene og hvor morsomt de hadde hatt det da pasientene lærte henne å spille yatzy. Mange beskrev hvordan de ble kjent med pasientene på en annen måte når de var sammen om aktiviteter. Istedenfor at pasientens utfordringer var det mest fremtredende, kom mange av deres positive kvaliteter og egenskaper til syne.

4.4.4 Personavhengig

Vi har nå sett eksempler på hvordan medarbeidernes holdninger, interesser, personlighetstrekk, kompetanse og motivasjon påvirker gjennomføring av aktiviteter, og at noen medarbeidere foretrekker visse aktiviteter framfor andre. Dette tyder på at gjennomføring av aktiviteter kan være forbundet med hvilke medarbeidere som er på jobb.

Man opplever jo at enkelte medarbeidere ikke er så interessert i det [aktiviteter, min presisering], men da går det an at de får drive med andre ting. Det er jo stadig vekk noe å gjøre på avdelingen. Så det er nok litt personavhengig, jeg tror det.

Ved et av sykehjemmene ble det hvert år arrangert julebord for pasientene, og det var ulikt engasjement fra medarbeiderne for oppgaven:

Vi skal være ærlig, det er ikke alle som synes det er like moro. Men da er de igjen på avdelingen. [...] Det er jo ikke alle pasientene våre som kan være med ut heller, av forskjellige årsaker. Det kan være sykdom, og at de er

sengeliggende og sånn. Da er de heller igjen og gjør sånne ting, mens andre er ute.

En så stor og omfattende aktivitet krevde ekstra innsats fra medarbeiderne, både i form av planlegging i forkant, tilstedeværelse under gjennomføringen og opprydding i etterkant av festen.

4.4.5 Prioritering

I alle fire gruppene var det enighet om at aktivitet var viktig, men at dette iblant måtte nedprioriteres til fordel for andre oppgaver, som å sørge for mat, drikke, stell og medisiner. Akutte hendelser oppsto nesten daglig og kunne påvirke hvordan og hvilke oppgaver som ble gjennomført, men også rutinepregede oppgaver som rydding på skyllerommet ble ofte prioritert.

Nei, jeg føler ikke at vi synes aktiviteter er viktigst. Det er vel kanskje vanlige rutineoppgaver først, for det er så synlig hvis man ikke har tatt skyllerommet.

Dette er i tråd med Jakobsen og Granebo (2011, s. 153) som refererer til Næss når de hevder at medisinske og praktiske oppgaver prioriteres høyest i sykehjemmet. I følge Jakobsen og Granebo er det ulike årsaker til denne prioriteringen, blant annet at aktivitetstilbudet organiseres i tråd med New Public Management-teorien og effektiv utnyttelse av ressurser. I tillegg har pasientene et lavere funksjonsnivå og mer sammensatt sykdomsbilde enn tidligere, samt at medarbeiderne i for liten grad identifiserer og utnytter pasientenes helsefremmende ressurser.

Det var stor vilje blant informantene til å omprioritere oppgaver og utnytte tidshull i hverdagen til beste for pasientene. Å snike inn en aktivitet mellom andre gjøremål var både riktig og viktig.

Har vi litt tid og det er to pasienter som kanskje vil, så går det an å gjøre noe før lunsj og noe etter. Vi er fleksible i forhold til når det passer best.

En av informantene fortalte hvordan hun kompenserte for tiden hun måtte bruke til dokumentasjonsoppgaver ved at hun ga pasientene ekstra godt morgenstell:

Enkelte tider i måneden er det mer vi skal dokumentere av ADL [funksjonsvariabel i IPLOS-registeret, se s. 16] og sånne ting, og da har jeg tenkt mange ganger at det er viktig å ha et veldig godt morgenstell. Da får du på en måte dekket en del behov der.

På denne måten fikk hun utført både de nødvendige dokumentasjonsoppgavene og samtidig gjort noe godt for pasienten. En «ja takk, begge deler»-mentalitet til glede for pasientene og seg selv.

4.4.6 Aksept

Informantene ga interessante beskrivelser av hvorvidt det var akseptabelt å prioritere aktiviteter framfor andre oppgaver i avdelingen. Det var ulike erfaringer knyttet til dette, og variasjonen skyldtes til en viss grad at noen aktiviteter ble ansett som miljøtiltak for å roe urolige pasienter. Dette var særlig fremtredende i demensavdelinger. Aktiviteter som miljøtiltak hadde større aksept enn aktiviteter uten annen hensikt enn å gi pasienten en god opplevelse.

Det henger jo ennå igjen at stell, få de opp til frokost, skyllerom, lintøyrom, sånne ting er viktigere enn aktiviteter, selv om mange av oss egentlig ikke mener det. Hvis en da sitter med en pasient og prater eller kaster ball, og den andre flyr på skyllerommet og lintøyrommet, så får du ganske mange stygge blikk. I hvert fall føler en det.

Informantene fortalte at siden pasienter med demens ofte har andre behov og utfordringer enn pasienter med hovedsakelig somatiske diagnoser, hadde arbeidet med disse et litt annet preg. De av informantene som hadde erfaring fra både somatiske avdelinger og demensavdelinger, mente det var enda viktigere med aktiviteter for demenspasientene, og da som miljøterapeutiske tiltak.

Jeg merker litt forskjell, jeg som har jobba 30 år i somatisk. Vi satt jo sammen med dem også, men det er en annen pasientgruppe. Det er mer behov her for sånne ting [aktiviteter, min presisering], [...] på grunn av den kognitive svikten.

Den samme informanten svarte benektende på spørsmål om det var lite aksept for å sitte i ro med en pasient samtidig som det var andre oppgaver som skulle løses i avdelingen:

Ikke på den avdelingen. Nei, det er vanlig. Det er helt vanlig at du sitter med en pasient [...] slik at pasienten har det bra og de andre pasientene rundt han også har det bra. Det er viktig å holde roen i avdelingen.

Dette var akseptert selv om kollegaene måtte ta over noen av de andre oppgavene som den aktuelle medarbeideren skulle ha utført.

4.4.7 Normer

På bakgrunn av hvilken oppgaverekkefølge som var akseptert i medarbeidergruppen, var det blant medarbeiderne etablert felles normer for hva som ble ansett som riktig prioritering. Disse normene kunne gå på tvers av den enkelte medarbeiders holdninger og opplevelse av hva som ville være riktig og nødvendig for den enkelte pasient. En av informantene forklarte at det ikke ville bli akseptert hvis hun satt seg ned med en urolig pasient i den hektiske tiden når morgenstellet skulle utføres. Selv om dette ville være til beste for pasienten og hun selv vurderte dette som et nødvendig tiltak, ville hun likevel velge å gjøre en annen oppgave, siden dette var en felles forventning fra kollegaene.

Nei, det hadde nok ikke vært veldig populært hvis jeg skulle sitte, fordi det ser ut som jeg ikke gjør noe, selv om jeg i mitt innerste tenker at jeg gjør noe godt for pasientene. En annen som kanskje er mer opptatt av rutiner og ting som skal gå som det må gå, synes det er bortkasta. Jeg må rydde før jeg kan sette meg med pasientene.

Informanten refererer her til *en annen*, altså en hvilken som helst av sine kollegaer, uavhengig av om denne har lik utdanning eller lik status i arbeidsmiljøet som henne selv. Det er altså ikke utelukkende leder som setter standarden for prioritering av oppgaver i avdelingen.

4.4.8 Samarbeid

Betydningen av samarbeid ble nevnt flere ganger; både internt i avdelingen, mellom avdelingene og mellom ulike faggrupper. Et godt og konstruktivt samarbeid lettet dagens gjøremål og åpnet muligheter for aktiviteter som ellers ikke ville ha blitt gjennomført. En av informantene hadde et svært godt samarbeid med spesielt én av sine kollegaer. Vedkommende fortalte at når hun var på jobb med den aktuelle kollegaen, trengte de nesten ikke snakke sammen for å ha en god arbeidsflyt. God kjemi, like personligheter og bruk av non-verbal kommunikasjon gjorde at oppgavene nesten fløt av seg selv. Ett blikk var ofte nok for å skjønne hva den andre mente.

Informantene ved ett av sykehjemmene utmerket seg ved til stadighet å nevne det gode samarbeidet på tvers av avdelinger.

Da er det å samarbeide mellom fløyene da. Hvis det er mye å gjøre på B, og C-gruppen har litt mindre å gjøre, så kan de ta pasienter fra B-gruppen ut på tur sammen med sine pasienter.

Det var stabile personalgrupper i alle avdelingene, og siden nesten alle medarbeiderne kjente hverandre, var det lett å «stikke innom» den andre avdelingen og ta med seg noen pasienter derfra når de likevel skulle ut på tur. Samarbeidet gikk begge veier; neste gang var det den andre avdelingen som avlastet den første.

4.4.9 Medarbeiderne – kort oppsummert

Medarbeidernes holdninger, interesser, personlighetstrekk og kunnskaper påvirket gjennomføring av aktiviteter, og negative holdninger og manglende kunnskap om de ulike aktivitetene reduserte muligheten for gjennomføring. Informantene ble motivert av pasientenes positive reaksjoner på aktivitet. Det var et stort ønske om å gi pasientene gode opplevelser, selv om andre oppgaver ble prioritert framfor aktivitet når medarbeiderne mente dette var nødvendig.

Informantene erfarte varierende grad av aksept fra kollegaer dersom de prioriterte aktiviteter når andre oppgaver skulle utføres på samme tidspunkt. Dersom aktiviteten var et miljørettet tiltak og ikke bare kos og hygge, ble det lettere akseptert. På bakgrunn av hva som ble ansett som akseptable oppgaver eller passende tidspunkt å gjennomføre oppgavene på, var det utviklet normer som fungerte som rettesnorer for oppgaveprioriteringen. Godt samarbeid mellom kollegaer, avdelinger og faggrupper lettet gjennomføringen av aktiviteter.

4.5 Organisasjonens strukturelle faktorer

Først i dette kapitlet presenterte jeg hvordan aktivitetene i seg selv kan ha betydning for gjennomføring av aktiviteter. Deretter har jeg beskrevet funn knyttet til de menneskelige aktørene pasienter, pårørende og medarbeidere. Under samtalene pekte informantene også på flere andre faktorer som påvirket deres mulighet til å gjennomføre aktiviteter, nemlig bemanning, oppgaveløsning, planlegging, arbeidsfordeling, tilgang til nødvendig utstyr samt ledelse. Dette jeg har samlet i kategorien *organisasjonens strukturelle faktorer*.

4.5.1 Bemanning

Ved særlig ett av sykehjemmene ble bemanningen flere ganger trukket fram som en faktor med stor grad av innvirkning på aktivitetstilbudet. Etter informantenes

mening var de for få medarbeidere på jobb til å rekke å gjennomføre alle oppgaver som skulle løses i løpet av en vakt.

Det er egentlig bemanning som gjør at vi ikke får hatt nok aktiviteter. På kveldene kunne vi spilt kort eller ludo eller sånne ting, men på kvelden er vi én som jobber i gruppe med 8 pasienter, og da skal du servere alle måltidene og legge alle. Du rekker egentlig ikke så mye annet enn det.

Grunnbemanningen, det vil si antall medarbeidere som var planlagt på jobb til enhver tid, var etter informantenes mening for lav. I tillegg ble det ofte ikke leid inn vikar ved fravær.

Middag er litt utfordrende hos oss [...]. Selv om du ønsker å tilrettelegge for at de skal forsyne seg av maten selv, er det ikke alltid det lar seg gjøre. Du har kanskje to du skal mate, det er to som er på rommet og du må ta med maten til dem. Og så har du disse andre tre, som du tenker du skulle ha vært med, fordi de ikke klarer å løfte den tunge bollen for å ta poteter. Du har jo bare to hender, så du klarer ikke, selv om det er sånn det burde vært.

Tre av informantene hadde tidligere jobbet sammen i en avdeling som var større enn den avdelingen de nå jobbet i. Når det gjaldt gjennomføring av aktiviteter, opplevde de dette som noe lettere i en stor avdeling enn i en liten. Avdelingen de nå jobbet i hadde åtte pasienter og to medarbeidere på jobb, og når for eksempel den ene hadde lunsj var bare én medarbeider igjen.

Vi hadde en annen organisering på den avdelingen [...], og da var det mere rom til aktiviteter. Jeg føler at det var enklere å få det til. Da var det veldig ofte en til to på stua som ble fritatt fra en del andre oppgaver. De skulle være på stua og ta en del aktiviteter.

På denne måten mente informantene at det var mer fleksibilitet og større mulighet for gjennomføring av aktiviteter i store avdelinger enn i små.

Informantene hadde delte erfaringer når det gjaldt bemanningssituasjonen i helgene. I de fleste avdelingene var bemanningen på lørdager og søndager noe lavere enn i ukedagene. Færre fast ansatte var til stede, og det var flere ansatte i små stillinger, eksempelvis studenter. Selv om ansatte i små stillinger og vikarer jevnt over gjorde en god jobb, brukte de ifølge informantene lengre tid på oppgavene enn hva medarbeidere i store stillinger gjorde, mye på grunn av mindre erfaring og rutine i jobben. Dette gjorde at det ble enda mindre tid til å gjennomføre aktiviteter for pasientene. En av informantene opplevde på den annen side at mange av de rutinemessige oppgavene fra ukedagene falt bort i helgene, og at de dermed fikk frigjort litt tid.

Jeg ser veldig stor forskjell fra vanlig ukedag til helg, for da er det ikke så mye av disse faste tingene som skjer, med tøytraller og matlevering og alle disse tingene, bestilling av mat og sånt som tar tid. Da er det mere rom for .., okei, nå er det litt stille og rolig, hva skal vi finne på?

En annen informant hadde motsatt opplevelse, nemlig at det ble gjennomført færre aktiviteter i helgene. Vedkommende hadde ansvar for å lage en plan med forslag til aktiviteter i helgene, men etter gjentatte ganger å ha opplevd at planen ikke ble fulgt, hadde vedkommende gitt opp.

Jeg har hele tiden skrevet ned forslag om hva man kan gjøre i helgene, og så får jeg høre fra beboerne at «det skjedde ingen ting». Nå har jeg sluttet å skrive ned forslag til hva som skal skje.

En annen informant beskrev hvordan motivasjonen for å gjennomføre aktiviteter for hennes del endret seg i helgene sammenlignet med i ukedagene. I helgene gikk hun inn i litt roligere modus og tok «fri» fra aktiviteter selv om hun var på jobb.

4.5.2 Oppgaveløsning og tidspress

Informantene beskrev en arbeidshverdag med mange oppgaver som skulle løses i løpet av vekten, og de mente det fantes en grense for hvor mye det var mulig å rekke. De måtte prioritere hvilke oppgaver som skulle utføres først og hvilke som kunne vente, og ofte havnet aktiviteter langt nede på lista. Flere av informantene ga uttrykk for at de skulle ønske de hadde mer tid til å sitte ned sammen med pasientene, og at medarbeidernes høye tempo og knappe tid kunne gjøre pasientene urolige. En informant forklarte hvordan hun ble sliten, ikke bare av de mange praktiske oppgavene hun skulle løse, men også av hva hun kunne, burde og skulle ha gjort i løpet av vekten.

Når du er på dagvakt eller kveldsvakt, er det også disse rutinene som skal gjøres hver vakt og som tar mye tid. Når du vet du skal gjøre dem, og i tillegg har x antall beboere som du skal passe på, og så kanskje det blir litt urolig og du må bruke tid på å roe ned... Da forsvinner tiden.

Jeg finner støtte for informantenes opplevelser i Ingstads studie (2010, s. 15), som beskriver en arbeidssituasjon så fylt av oppgaver at sykepleierne ikke finner rom for å ivareta andre behov hos pasientene annet enn de mest grunnleggende. Å gjennomføre aktiviteter er det ikke tid til. Også Bowers et al. (2001, s. 485) beskriver tilsvarende funn: sykepleiernes tidsbruk blir bundet opp av oppgaver som medisinerings, medisinsk behandling, dokumentasjon og møtedeltakelse, noe

som gjør det vanskelig å tilbringe tid sammen med pasientene og gjennomføre aktiviteter.

4.5.3 Ansvarsfordeling og planlegging

For å møte utfordringene med lav bemanning, mange oppgaver og liten tid til rådighet, var det i alle gruppene enighet om at god planlegging og klar fordeling av oppgaver og ansvar var nødvendig for å unngå kaos. Morgenrapportene ble brukt til planlegging og fordeling av oppgaver. Informantenes erfaringer var at når medarbeiderne sammen planla dagen, økte muligheten for at aktivitetene ble gjennomført. Alle kom med innspill og deltok i prioriteringen.

Når vi har oppgaver så tar vi det på morgenen. Da skal vi planlegge dagen i forhold til de oppgavene vi har, så det er spørsmål om prioritering og hvordan vi skal gjøre det. Hvis det ble nevnt at det skal gjøres i dag, så må vi planlegge dagen skikkelig slik at det blir utført.

Alle sykehjemmene hadde én eller flere aktivitører med overordnet ansvar for aktiviteter på hele huset. I noen sykehjem var det også aktivitetsledere eller aktivitetsansvarlige i de ulike avdelingene. Aktivitørene fikk i intervjuene mye skryt og ble omtalt som primus motorer og ildsjeler. Uten aktivitørene ville aktivitetstilbudet vært langt dårligere, mente informantene. Aktivitørene var ansvarlig for planlegging og gjennomføring av store felles aktiviteter og laget felles aktivitetsplaner for hele sykehjemmet.

Aktivitørene har oversikt for hele huset. Tidligere har de også hengt plakater i fellesen og på avdelingene, så vi vet hvilke aktiviteter som skjer til hvilken tid på dagen.

Aktivitørene gjennomførte også aktiviteter ute i avdelingene, men behovet var større enn tilgangen.

Vi har jo aktivitør som kommer opp på avdelingen én gang i uka og har aktiviteter med dem, trim og trall og sånne ting, men det holder ikke.

De fleste aktivitetene ble gjennomført av andre enn aktivitørene. Informantene mente at når de i morgenrapporten fikk ansvar for definerte pasienter, betydde dette et ansvar for alle oppgaver knyttet til disse pasientene, inkludert aktiviteter. Det var imidlertid ikke noe i veien for å ta med andre pasienter også, for som en av dem sa:

Vi eier ikke pasientene selv om vi har ansvaret for dem den dagen.

4.5.4 Ledelse

Avdelingsleders rolle med planlegging og arbeidsfordeling ble nevnt som en faktor som kunne påvirke gjennomføringen av aktiviteter. En avdelingsleder ble trukket fram om et godt eksempel siden hun noen ganger deltok i aktiviteter og også hadde tatt med pasienter ut på tur.

Informantene mente at avdelingslederne generelt ikke var så tett på avdelingen og pasientene som medarbeiderne hadde ønsket, og at leders beslutninger om gjennomføring av aktivitet bar preg av avstand snarere enn av nærhet. Leder presset på for å gjennomføre aktiviteter uten at medarbeiderne opplevde dette som positivt.

Da kommer disse avdelingslederne og sier at nå må vi, bare fordi vi skal vise det. Men vet du, jeg kjenner disse beboerne og jeg vet at de ikke liker det. Det er ikke fordi jeg ikke gidder å ta dem med ned, men [...] de ønsker det ikke.

En annen informant supplerte ovenstående utsagn ved å beskrive medarbeidernes reaksjoner når avdelingsleder ønsket at aktiviteter skulle gjennomføres:

Så kommer avdelingsleder og sier «nå er det felles aktivitet, nå må alle samles». Og vet du, vi i vei med rullatorer og rullestoler, selv om halvparten ikke synes at sånne felles aktiviteter er noe ålreit. Det blir for mye.

Disse eksemplene viser at aktiviteter ble gjennomført på bakgrunn av leders beslutning, til tross for at medarbeideren vurderte at den aktuelle aktiviteten ikke passet med pasientens funksjonsnivå, interesser eller ønsker. Ingstad (2010, s. 15) sier at lite tilstedeværende ledelse i avdelingen kan føre til en distanse mellom leder og medarbeidere, og at avdelingsleder dermed ikke kjenner hverken pasientene eller medarbeiderne tilstrekkelig godt, noe som understøtter eksemplene nevnt ovenfor.

4.5.5 Utstyr

Informantene forklarte at det ofte var nødvendig med noe utstyr for å kunne gjennomføre visse aktiviteter, som for eksempel ballong, ludospill eller en dvd-film. Det var frustrerende når utstyret var ødelagt eller ikke tilgjengelig.

Hvor var den igjen? Nei, den er ikke lagt der den skal være, og da gjør vi det ikke, for da fant vi den ikke . [...] Det bør være en kurv eller noe, at det ligger på én plass, sånn at når man har tid og rom for å drive med ett eller annet, så kan man gå inn der og vurdere hva man vil gjøre med de tingene som er der.

Ved et av sykehjemmene var alt nødvendig utstyr samlet i såkalte aktivitetstraller. Trallene var låst for at ikke pasientene skulle hente utstyr på egen hånd og dermed lage rot i systemet. En informant hadde tidligere jobbet i et annet sykehjem hvor alt utstyr var samlet i en felles bod, og medarbeiderne kunne få inspirasjon og hente utstyr der. Problemet var at mye av utstyret ikke ble levert tilbake etter bruk men ble værende igjen i de ulike avdelingene. Utvalget av utstyr til felles bruk ble derfor mindre og mindre.

Riktig utstyr kunne kompensere for medarbeidernes manglende kunnskap ved enkelte aktiviteter. En informant fortalte at selv om hun hadde pugget salmevers da hun gikk på skolen, husket hun ikke lenger disse tekstene og trengte derfor salmebok for å kunne gjennomføre en sangstund. Hvis hun ikke husket melodien var hun imidlertid like langt, siden hun ikke kunne lese noter. Da ble det vanskelig å gjennomføre aktiviteten på en god måte. En spilleliste på Spotify ville ha vært til hjelp.

Det er noen sykehjem som har Spotify og veldig bra system hvis de skal spille musikk. De har spillelister og alt. Hvis vi skal spille musikk som de [pasientene, min presisering] liker, er det vanskelig å finne fram cd.

4.5.6 Organisasjonen og dens strukturelle faktorer – kort oppsummert

I dette delkapitlet har jeg vist hvordan organisasjonens strukturelle faktorer ifølge informantene kan påvirke gjennomføringen av aktiviteter. Antall medarbeidere på jobb var av betydning for prioritering og gjennomføring. Jo færre medarbeidere og jo flere oppgaver, jo større var informantenes opplevelse av tidspress.

God planlegging av dagen og klar fordeling av oppgaver og ansvar økte sannsynligheten for at alle dagens oppgaver ble gjennomført. Leder hadde en nøkkelrolle i dette arbeidet. Informantene hadde erfaring med at leder også kunne være en pådriver for aktivitet i negativ forstand. Hvis leder ikke kjente pasientene godt, opplevde medarbeiderne at aktiviteter skulle gjennomføres for å kunne «krysse av i boka», og ikke primært til pasientenes glede. Mye tid kunne gå med til å finne nødvendig utstyr for å gjennomføre aktiviteten, og det ble etterlyst bedre organisering og oppbevaring av utstyret.

4.6 Koronapandemien

Koronapandemien satte sitt preg på hverdag i sykehjemmene. På grunn av smittevernregler ble det gjennomført færre aktiviteter enn normalt. Mange aktiviteter, særlig de som var felles for flere avdelinger, ble avlyst. Medarbeiderne kunne ikke lenger samarbeide om aktiviteter på tvers av avdelingene, og aktivitetene måtte begrense hvor mange pasienter og medarbeidere de kunne være i kontakt med. For å gjennomføre aktiviteter i tråd med smittevernreglene krevdes mer planlegging, og både utstyr og lokaler måtte fordeles annerledes enn tidligere.

Du må planlegge ned til nesten minste detalj, for man kan ikke blande beboerne på grunn av situasjonen. Det blir veldig håpløst når vi må sette av såpass mye tid for at det i det hele tatt skal fungere.

Som en erstatning for de store, felles aktivitetene, ble de dagligdagse gjøremålene i avdelingene brukt som en aktivitet i seg selv. Gode rammer rundt måltidene ble enda viktigere enn tidligere, og det å bruke stellesituasjoner som en arena for gode samtaler ble brukt enda mer bevisst. I perioder med begrenset besøk av pårørende, var det å få besøk i seg selv en stor aktivitet. Selv om dette utløste mye glede og forventning hos pasientene, var det tidkrevende for personalet å skulle administrere og organisere besøkene innenfor smittevernreglene.

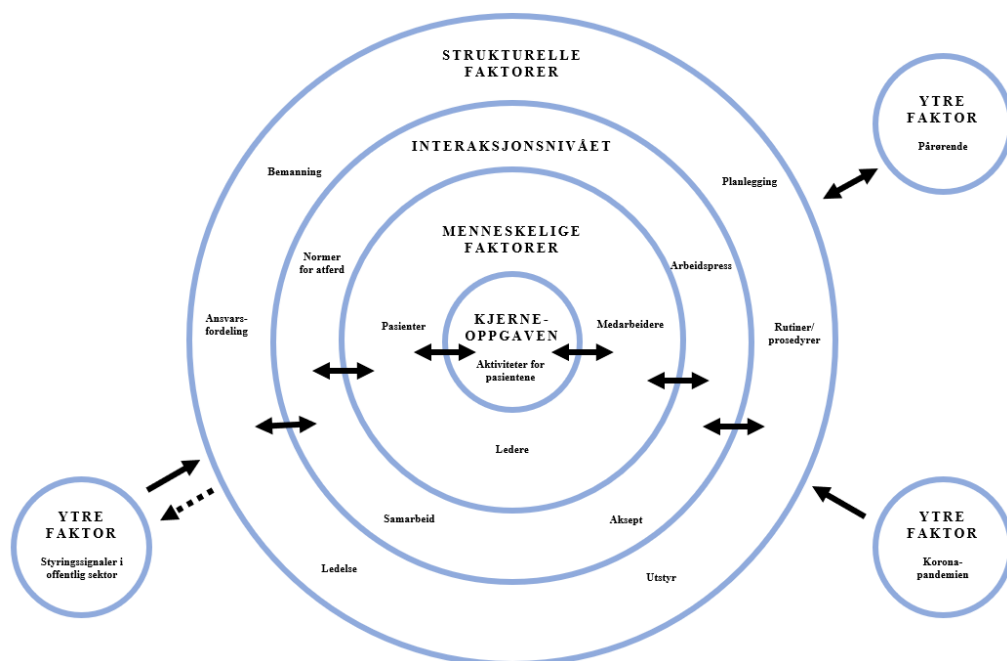
4.7 Oppsummering

Gjennom intervjuene samlet jeg inn data for å belyse studiens problemstilling: *Hvilke faktorer er av betydning for prioritering og gjennomføring av aktiviteter i sykehjem, og hvordan påvirkes medarbeidernes motivasjon for oppgaven?*

Det innsamlede datamaterialet er ordnet i seks hovedkategorier, som hver for seg og i kombinasjon med hverandre påvirker gjennomføringen av aktiviteter:

- Aktivitetene
- Pasientene
- Pårørende
- Medarbeiderne
- Organisasjonens strukturelle faktorer
- Koronapandemien

På bakgrunn av de seks kategoriene har jeg utarbeidet følgende modell:



*Figur 4.1. Faktorer som påvirker gjennomføring av aktiviteter (min framstilling)
Bygger på Ry Nielsen og Ry (2002)*

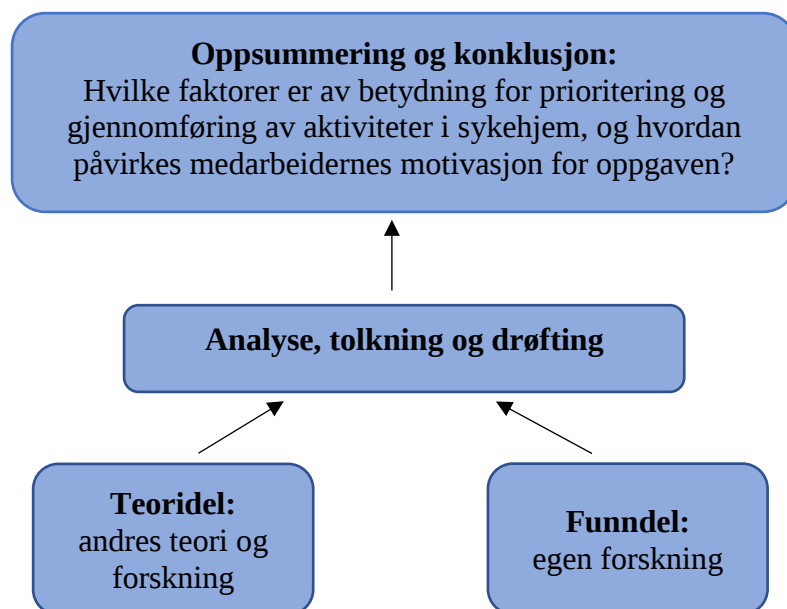
Min modell bygger på Leavitt-Ry-modellen (Ry Nielsen & Ry, 2002) og er en syntese av det innsamlede materialet i konsentrert form. Hensikten med modellen er å lage en bro mellom de virkelighetsnære beskrivelsene fra sykehjemmene og en mer abstrakt tolkning og forståelse av dataene og hva disse kan representere. Faktorenes sammenheng og hvordan de påvirkes av hverandre er et vesentlig moment ved modellen. Dette bringer oss over i neste kapittel, hvor jeg forklarer modellen og analyserer de innsamlede data i et overordnet perspektiv.

5.0 Drøfting av funn

Hittil har avhandlingen bestått av tre mer eller mindre separate hoveddeler; teoridel, metodedel og presentasjon av funn. I teoridelen presenterer jeg andres forskning i form av teori og empiri, mens jeg i kapittel 4 beskriver egne funn uten å drøfte funnene opp mot teori. Mellom disse er metodekapitlet, hvor jeg forklarer studiens oppbygning og prosessen med innsamling og analyse av data.

Nå skal jeg samle trådene. Jeg vil etablere og synliggjøre mulige koblinger, eller mangel på sådanne, mellom etablert teori og empiri på den ene siden og funn fra eget forskningsprosjekt på den andre. Via analyse, tolkning og drøfting skal jeg gå fra det spesielle, de 14 informantenes fortellinger, til det generelle, som kan være gyldig for andre virksomheter og andre kontekster.

I figuren nedenfor viser jeg hvordan avhandlingens teoridel og funndel kobles sammen i den kommende analyse- og drøftingsdelen. Figuren leses nedenfra og opp for å illustrere at teoridel og funndel representerer det konkrete og virkelighetsnære. Ved å løfte funnene til en mer abstrakt analyse, tolkning og drøfting, kan jeg til slutt presentere en overordnet oppsummering og konklusjon.



Figur 5.1 Sammenheng mellom teori, funn, analyse og drøfting (min framstilling)

Analyse kommer av greske *analysis* som betyr *oppløsning* (Høgheim, 2020, s. 199). Helheten brytes ned i mindre deler og delene undersøkes både sammen og hver for seg. Forskeren gir analysen retning ved at utvalgte deler av helheten blir sett opp mot et begrenset antall teorier (Rienecker, Stray Jørgensen, Skov, & Landaas, 2013, s. 221). Nært forbundet med analyse er *tolkning*, hvor vi vil forstå og finne meningen med analysens resultater (Rienecker et al., 2013, s. 221).

Tolkning er min egen prosess hvor mine valg gir tolkningen retning. En annen forsker kan tolke funnene annerledes enn hva jeg gjør. Jeg må innta ulike perspektiv og tolkene funnene variert. Dersom jeg visualiserer alle resultatene fysisk spredd utover et stort bord, vil jeg bevege meg rundt bordet for å se resultatene fra ulike sider. Jeg vil reise meg opp for å se helheten, jeg vil bøye meg ned for å se et utvalg. Jeg vil stå nærme, for så å gå lenger unna. Jeg flytter på delene og legger dem i et nytt mønster. Helheten og alle delene er de samme, men tolkningen vil være ulik.

5.1 Fra konkret til abstrakt: en syntetisert modell

Informantene ga meg innblikk i arbeidshverdag og hva som påvirker gjennomføring av aktiviteter for pasientene. Svarene gjenspeiler deres erfaringer og tanker, hvordan de plasserer seg selv i kontekst med sine kollegaer, og hvordan aktiviteter gjennomføres av kollegafellesskapet. Jeg vil heve informantenes konkrete og detaljerte svar til et overordnet og abstrakt nivå, slik at deres virkelighetsnære beskrivelser abstraheres og omdannes til en generell modell som kan være gyldig for flere områder.

På bakgrunn av dette har jeg utarbeidet en modell (figur 4.1 s. 72) som forklarer funnene og deres innbyrdes plassering i en universell og overordnet helhet. Inspirasjon til modellen har jeg hentet fra Leavitt-Ry-modellen (Ry Nielsen & Ry, 2002, s. 21).

Til tross for at min modell har visse likhetstrekk med Leavitt-Ry-modellen, har modellene også flere ulikheter. Ry Nielsen og Rys modell viser omverdenen som én generell faktor, mens min modell viser definerte, ytre faktorer som påvirker organisasjonen. Min modell har *kjerneoppgaven* i sentrum, mens Ry Nielsen og Ry spesifiserer *oppgaver* som en komponent på lik linje med struktur, aktører og informasjons- og styringssystemer. Både Ry Nielsen og Ry og jeg vektlegger

sammenhengen mellom de ulike faktorene, men der Ry Nielsen og Ry bruker *toveis piler* mellom omverdenen og øvrige faktorer, benytter jeg i min modell både *toveis*, *enveis* og *stiplede piler* for å vise ulikheter i påvirkningsforholdet mellom de ytre faktorer og organisasjonen (Ry Nielsen & Ry, 2002). Min modells *interaksjonsnivå* har visse likheter med deres variabel *organisasjonskultur*. På spørsmål om jeg kunne ha omdefinert interaksjonsnivået til for eksempel det organisasjonskulturelle nivået, er imidlertid svaret nei. Dette fordi organisasjonskultur omfatter flere komponenter enn hva jeg har inkludert i modellens interaksjonsnivå (Bang, 2013; Schein & Schein, 2017).

5.1.1 Modellens komponenter og sammenhengen mellom dem

Modellen (figur 4.1 s. 72) illustrerer en organisasjon med flere lag rundt en kjerne. I senter har jeg plassert oppgavene som skal løses. Oppgaveløsning er organisasjonens midtpunkt, enten det dreier seg produksjon av varer eller tjenester, menneskelig samhandling eller å tjene penger. I studien har jeg definert gjennomføring av aktiviteter for pasientene som en *kjerneoppgave*.

Nærmest oppgaven finner vi organisasjonens *menneskelige faktorer*. I snever forstand er dette medarbeiderne, men modellen inkluderer også ledere og pasienter, da oppgaveløsingen skjer i nært samspill med pasientene. Datamaterialet viser at pasientene har både direkte og indirekte innvirkning på *om* og *hvordan* oppgavene blir gjennomført. Alternativt kunne pasientene vært definert som en ytre påvirkningsfaktor, men dette ville nedgradert betydningen av deres innvirkning på oppgaveløsingen. Dersom modellen skulle illustrere hvilken posisjon kundene har i en dagligvarebutikk, ville kundene vært en ytre faktor og ikke i innerste sirkel sammen med medarbeiderne. Dette fordi salg av matvarer ikke i samme grad avhenger av et nært samspill mellom butikkmedarbeider og kunde som det gjennomføring av en aktivitet krever samspill mellom pasient og medarbeider.

Leder er definert som en menneskelig faktor, mens *ledelse* som fagdisiplin er plassert i ytterste sirkel. Dette illustrerer at både leder som person, med sin personlighet, interesser, motivasjon og kompetanse, i tillegg til vedkommendes utøvelse av ledelsesfaget, påvirker hvordan kjerneoppgavene løses.

Ytterst i modellen finner vi *organisasjonens strukturelle faktorer*, eksempelvis bemanning, ledelse og rutiner, som via medarbeiderne påvirker oppgaveløsingen. Strukturene er nødvendig for at oppgavene skal kunne løses i tråd med organisasjonens definerte mål.

Mellom de menneskelige og strukturelle faktorene finner vi *interaksjonsnivået*. Dette er nivået hvor mennesker og struktur møtes, og gjensidig påvirkning skaper interessante fenomener. På bakgrunn av komponenter som gruppedynamikk, tilhørighet og aksept blir normer etablert.

Utenfor organisasjonen finner vi tre påvirkningsfaktorer: *Styringssignaler i offentlig sektor, pårørende og koronapandemien*. Selv om disse i modellen er plassert med lik avstand fra organisasjonen, vil intensiteten i deres påvirkning kunne variere med tid og sted.

Modellens piler angir retning for påvirkning. Internt i organisasjonen er samtlige piler toveis, siden påvirkning mellom nivåene er gjensidig. En aktivitet påvirkes av medarbeideren som gjennomfører den, samtidig som medarbeideren påvirkes av aktiviteten.

Forholdet mellom organisasjonen og de ytre faktorene illustreres av ulike piler. Mellom *pårørende* og organisasjonen viser en toveis pil gjensidig påvirkning. Pårørende påvirker organisasjonen ved å insistere på at mor skal på konsert, men kan endre mening etter en samtale på leders kontor. Fra *koronapandemien* er en enveis pil mot organisasjonen, da påvirkningen er ensidig. Organisasjonen må tilpasse seg pandemien uten å kunne påvirke tilbake. For en organisasjon som utvikler vaksiner, ville derimot pilen mellom organisasjonen og koronapandemien være toveis, siden organisasjonens kjerneoppgave, utvikling av vaksiner, vil påvirke faktoren tilbake. Ved *styringssignaler i offentlig sektor* illustrerer de to pilene påvirkning begge veier, men at det er ubalanse i påvirkningsforholdet. Den heltrukne pilen viser at sentrale myndigheter påvirker organisasjonen. Signalene herfra legger grunnlaget for drift av sykehjemmet. Den stiplede pilen illustrerer at organisasjonen til en viss grad kan påvirke styringssignalene, og at styringssignaler kan ha sin opprinnelse i organisasjonene. Et eksempel finner vi i Melding til Stortinget 29 (2013, s. 26): Trondheim kommune har gjennomført et prosjekt for å rekruttere flere menn til arbeid i omsorgssektoren. Prosjektet er så vellykket at regjeringen vil gjøre det landsomfattende. «Samtidig inviteres

kommuner, utdanningsinstitusjoner og organisasjoner til å sette rekruttering av menn høyt på sin dagsorden og gjennom sitt innovasjonsarbeid komme opp med tiltak som kan bidra til bedre kjønnsbalanse i helse- og omsorgssektoren» (Meld. St. 29, 2013, s. 26). Selv om jeg i mitt innsamlede materiale ikke finner lignende eksempler, velger jeg likevel å beholde den stiplede pilen i modellen. Dette fordi kun en enveis pil mot organisasjonen ikke ville gitt et helhetlig bilde av hvordan en organisasjon kan påvirke sentrale myndigheter og de styringssignaler som i sin tur gis derfra.

Modellen viser ikke piler mellom de ytre faktorene, selv om det eksisterer et påvirkningsforhold også mellom disse. Eksempelvis vil koronapandemien påvirke pårørendegruppen ved et besøksforbud i sykehjemmet, i tillegg til at pårørende i et mer utvidet perspektiv, eksempelvis pårørendeorganisasjoner, vil kunne påvirke offentlige myndigheter og de styringssignaler som rettes mot organisasjonen. Slike forhold ligger imidlertid utenfor rammen av min studie.

5.1.2 Faktorenes synlighet og konstans

Modellen (figur 4.1 s. 72) er en visuell framstilling av de ulike elementene, deres sammenheng og påvirkning. I sykehjemmet er det visuelle ikke like åpenbart, og faktorenes grad av synlighet varierer.

Organisasjonens menneskelige faktorer er visuelle. Vi kan med det blotte øyet se pasientene, medarbeiderne og lederne, uavhengig av tidsperspektivet. Kjerneoppgaven, derimot, er synlig kun i det øyeblikket den gjennomføres. Vi kan ikke se en sangstund før pasientene og medarbeiderne sitter og synger. Kjerneoppgavens synlighet er derfor forbigående og ikke konstant.

De strukturelle faktorene er både direkte og indirekte observerbare. Vi kan telle antall medarbeidere på jobb og lese prosedyrene. Vi kan delta i morgenmøtet sammen med leder og kollegaer, men innholdet i møtet, som planlegging, ansvarsfordeling og ledelse, er abstrakte faktorer som må tolkes og utøves for at meningsinnholdet skal bli iverksatt.

Interaksjonsnivået er modellens minst håndgripelige substans. Faktorene som er manifestert her, som normer for atferd, gruppetilhørighet, samarbeid og aksept, er hverken direkte observerbare eller konstante. De kommer til uttrykk gjennom medarbeidernes atferd og er i stadig utvikling, avhengig av hvilke menneskelige

og strukturelle faktorer som befinner seg i de omkringliggende sirklene og den samhandlingen som foregår mellom dem.

For de ytre påvirkningsfaktorene er graden av konstans og synlighet varierende. Pårørendegruppen er en konkret, observerbar og konstant faktor, men innholdet i gruppen varierer etter hvert som pasienter dør og nye flytter inn i sykehjemmet. Derfor vil også graden av påvirkning variere. Koronapandemien er derimot hverken konstant eller direkte observerbar. Den vil med tiden svekkes og kanskje forsvinne eller være mulig å kontrollere. Den tredje påvirkningsfaktoren, styringssignaler, er konstant. Organisasjoner vil alltid være underlagt styring, men styringens intensitet og innhold vil variere, avhengig av hvem som defineres som utøvere av styring. Styringen kommer direkte til syne gjennom lovverk, avtaler og reguleringer, indirekte gjennom hvordan offentlige virksomheter organiseres og hvordan medarbeiderne utfører organisasjonens kjerneoppgaver.

Så langt i drøftingskapitlet har jeg forklart komponentene figur 4.1 (s. 72) består av og hvordan disse påvirker hverandre. I det følgende vil jeg drøfte funn fra det innsamlede datamaterialet og gjennom modellen vise hvordan disse kan bearbeides og tolkes i et større perspektiv.

5.2 Autonom og kontrollert motivasjon

Å kunne bestemme selv, ta egne valg og ha kontroll over egen arbeidssituasjon øker medarbeidernes motivasjon (Latham, 2012, s. 155). Ofte utføres likevel oppgavene på bakgrunn av ytre press, kontroll og tvang (Gagné & Deci, 2005, s. 334, 340). Disse fenomenene beskrives som *autonom og kontrollert motivasjon* (Gagné & Deci, 2005, s. 333).

I det innsamlede datamaterialet finner jeg eksempler på hvordan autonom og kontrollert motivasjon ligger til grunn for medarbeidernes prioritering og gjennomføring av aktiviteter. Autonom motivasjon oppstår gjennom medarbeidernes holdninger, personlighet og personlige egenskaper, og dette påvirker hvilke kjerneoppgaver medarbeiderne prioriterer. Jeg ser også det motsatte, nemlig at oppgaver prioriteres og utføres med kontrollert motivasjon som underliggende årsak. Dette korrelerer med Gagné og Decis (2005) forklaringer om at indre motivasjon er hovedsakelig autonom, mens ytre motivasjonsfaktorer hovedsakelig fremkaller kontrollert motivasjon.

Figur 4.1 (side 72) viser de ytre faktorene *pårørende, koronapandemien og styringssignaler i offentlig sektor*. I materialet ser jeg hvordan disse påvirker medarbeidernes kontrollerte motivasjon.

De pårørende var en sammensatt gruppe med ulike individer, og graden av påvirkning varierte fra person til person. Enkelte aktiviteter med spesifikke pasienter ble utført på bakgrunn av påtrykk fra pårørende, altså med kontrollert motivasjon som underliggende motivasjonsfaktor (Gagné & Deci, 2005, s. 334).

Og så har man pårørende som vil at sine skal være med, og så vil ikke beboeren.

I noen tilfeller ble pårørende innkalt til samtaler med avdelingsleder for å redusere intensiteten i deres rolle som kontrollerende motivasjonsfaktor for gjennomføring av aktivitet.

Koronapandemien hadde betydning for hvordan aktiviteter ble prioritert og gjennomført. Medarbeiderne aksepterte pandemien som en tilstedeværende faktor uimottakelig for gjensidig påvirkning, hvilket bidro til at de lettere godtok de begrensninger pandemien medførte. Visse aktiviteter ble gjennomført på bakgrunn av kontrollert motivasjon med utspring i pandemien.

Det er jo det som er så synd med at det er som det er nå, men det er det jo for alle. [...] Det er synd, men sånn er det.

Styring og kontroll på ulike nivåer, fra nasjonale myndigheter via ledere og kollegaer, var også kilder for kontrollert motivasjon. Medarbeidernes mulighet for å påvirke styringskilden varierte, avhengig av strukturelle og individuelle faktorer. Kontrollert motivasjon lå bak når oppgaver ble utført fordi leder hadde sagt det.

Noe som pasienten er glad i, det skal man gjøre én time hver eneste uke. Det er et krav, det er ikke noe diskusjon [...] Det skal man få til.

Franco et al. (2004, s. 344) hevder at ytre faktorer sammen med organisasjonsmessige strukturer påvirker medarbeiderens motivasjon i en dynamisk prosess. Mine funn viser at de tre nevnte ytre faktorenes påvirkning på medarbeidernes motivasjon er nettopp dynamisk. Dette er særlig tydelig ved pårørendefaktoren, hvor pårørendes påtrykk for deltakelse i aktivitet varierer mellom ulike pårørende, til ulike tider og i forbindelse med ulike aktiviteter. I likhet med Franco et al. (2004), hevder også Gagné og Deci (2005, s. 334) at kontrollert motivasjon ikke er konstant, men avhenger av blant annet tid og

situasjon. Eksempelene fra det innsamlede materialet viser hvordan dette er relatert til de ytre faktorene, men jeg finner også eksempler knyttet til organisasjonens strukturelle faktorer i modellens ytterste sirkel (figur 4.1 s. 72). Morgenmøter mellom leder og medarbeidere ble brukt som arena for planlegging av dagen og prioritering av oppgaver. Når medarbeiderne bidro i beslutningene om hvilke oppgaver som skulle prioriteres, ville den kontrollerte motivasjonen kunne føles mindre kontrollerende, til tross for at det var leder som til syvende og sist avgjorde hvilke oppgaver som skulle prioriteres.

Dette kan sees i sammenheng med Bøgh Andersen og Holm Pedersens (2014, s. 74, 75) og Gagné og Decis (2005, s. 334) beskrivelser av *introdusert*, *identifisert* eller *integrert* ytre motivasjon. Kontrollert motivasjon oppleves som lettere og mer i tråd med indre/autonom motivasjon når medarbeideren er enig i en beslutning, og særlig når denne er i tråd med medarbeiderens verdier, altså når motivasjonen er identifisert eller integrert. Å delta i en beslutningsprosess, i intervjuene eksemplifisert som morgenmøtene, vil kunne gjøre at medarbeiderne lettere gjennomfører oppgavene enn om beslutningen fattes av leder alene. Når medarbeider aksepterer men likevel er uenig i beslutningen, som når avdelingsleder beordret gjennomføring av aktivitet til tross for medarbeiderens vurdering om at dette ikke var til beste for pasienten, er den kontrollerte motivasjonen introdusert. Medarbeiders handlinger ved utførelse av oppgaven bærer i dette tilfellet preg av å være utelukkende drevet av kontrollert motivasjon.

I datamaterialet fant jeg at medarbeidernes kontrollerte motivasjon også ble påvirket av kollegaer. Forskjeller i personlighet, holdninger og egenskaper hos begge parter ser ut til å ha betydning, i tillegg til relasjonen de inngår i. Dette i motsetning til Franco et al. (2004, s. 344), som vektlegger samhandlingen mellom menneske og organisasjon, mer enn egenskapene ved dem, som grunnlag for motivasjon: «work motivation is not an attribute of the individual or the organization; rather, it results from the transaction between individuals and their work environment». I intervjuene ble det nevnt at aktiviteter ble nedprioritert hvis det i avdelingen var etablert en norm om at aktiviteter ikke skulle gjennomføres før morgenstellet var ferdig. På denne måten prioriterte medarbeiderne sine oppgaver på bakgrunn av kollegadrevet kontrollert motivasjon.

Det er sunt å sitte med pasientene, det er tidspunktet som kan variere. Det er ikke så populært klokka 8 eller 9, men utover dagen kan det være akseptabelt. Klokka 9 kan det hende de spør «er du ferdig med stellet?»

Dette er i tråd med Heins (2009, s. 201) og Olafsens (2018, s. 57) beskrivelser om behov for tilhørighet som utgangspunkt for motiverte handlinger. Personlige egenskaper og ulike roller danner utgangspunktet for et samspill hvor kollegadrevet kontrollert motivasjon kan være en årsaksfaktor for aktivitet.

Fremveksten og etableringen av kontrollert motivasjon er manifestert i modellens interaksjonsnivå (figur 4.1 s. 72). Siden Franco et al. (2004) hevder at motivasjon utvikles på bakgrunn av samspillet mellom medarbeiderne, organisasjonen og organisasjonens omgivelser, finner jeg støtte for min antakelse om interaksjonsnivået som arena for etablering og synliggjøring av motivasjon. Når etablerte normer viser at oppgaver skal prioriteres i en bestemt rekkefølge, vil dette fungere som rettesnor for medarbeiderne. Oppgaver utføres på bakgrunn av motivasjon kontrollert av egne kollegaer, så sant ikke enkeltmedarbeidere våger å utfordre de rådende normene, gå på tvers av det kollegakontrollerte handlingsrommet og la egen autonom motivasjon ligge til grunn for sine valg.

Funn i det innsamlede materialet tyder på at medarbeidernes handlingsrom for prioritering og gjennomføring av oppgavene henger sammen med grad av styring. Sterk styring gir lite handlingsrom og økt sannsynlighet for kontrollert motivasjon, mens svakere styring gir større handlingsrom og økt potensiale for autonom motivasjon. Et av sykehjemmene gjennomførte årlig såkalte *kvalitetsdager*. Her kunne medarbeiderne evaluere nåværende aktiviteter og planlegge nye. Informantenes opplevelse av styring i denne situasjonen var lav, og iveren etter å ta i bruk opplevd handlingsrom var desto større.

Vi har kvalitetsdager for personalet, hvor vi skal komme med masse ideer og skrive det opp på tavla. Så skal vi trekke ut det vi synes er ålreit å drive med.

Ingstad (2010, s. 16) hevder at medarbeidernes begrensede handlingsrom kan påvirke muligheten for å utøve faget i tråd med egne verdier for god sykepleiefaglig omsorg. Løsningen for medarbeiderne, mener Ingstad, er å justere egne forventninger til hva som er mulig å utføre innenfor strukturens rammer.

Det er umulig å foreta en nøyaktig definisjon av hvor stort et handlingsrom er. Det må også tas høyde for mulig manglende samsvar mellom opplevd og reelt handlingsrom, samt den enkelte medarbeiders ønske om og vilje til å være

underlagt styring, altså hvorvidt medarbeideren aksepterer og innordner seg handlingsrommet eller ikke. Det kan også diskuteres hvorvidt handlingsrommets størrelse er konstant, og hvem som i så fall kan fastslå størrelsen.

Noen er vant til å jobbe innenfor disse rammene om hva som skal gjøres og hva som er viktig, mens andre er litt sånn «Ja, vi vet det skal gjøres men det tar vi senere. Nå hadde det vært morsomt å gjøre noe annet».

Det innsamlede materialet viser at handlingsrommet ble ulikt definert av informantene, samt at styring påvirket deres handlingsfrihet. Dette er i tråd med Diefenbach (2009, s. 905), som hevder at medarbeidernes holdninger, oppgaver og jobbutførelse blir nøye definert, vurdert og kontrollert av lederne.

I sykehjem C ble handlingsrommet definert som lite, siden lav bemanning etter informantenes mening var en stor begrensning for gjennomføring av aktiviteter. I sykehjem D påvirket også bemanningssituasjonen muligheten for aktivitet, men her ble handlingsrommet likevel ansett som relativt stort, og et løsningsorientert, aktivt fokus var fremtredende. Kreative tiltak bidro til å tøyne handlingsrommet. Andre faggrupper eller frivillige organisasjoner ble involvert i aktivitetene, som når vaktmesteren i fargerik skjorte hadde rollen som kelner på blomsterfesten. Den aktive måten sykehjem D utfordrer handlingsrommet på, er en motsats til funnene i Ingstads studie (2010, s. 16), hvor sykepleierne passivt godtar det tildelte handlingsrommet. Eksempelene fra sykehjem C, derimot, er i tråd med Ingstads funn om å nedjustere egen forventning og standard til å passe inn i det handlingsrommet som er definert av organisasjonens strukturelle faktorer.

5.2.1 Autonom og kontrollert motivasjon – kort oppsummert

I dette delkapitlet har jeg vist hvordan medarbeidernes autonome og kontrollerte motivasjon, slik det kommer til syne gjennom datamaterialet, kan tolkes og forklares ut i fra figur 4.1 på side 72, med særlig fokus på interaksjonsnivået. I møtet mellom strukturer og mennesker oppstår standarder, normer, forventninger og oppfattelser av virkeligheten. Dette er grunnlaget for autonom og kontrollert motivasjon. Både enkeltindividene og gruppen som helhet påvirker interaksjonsnivået, og det samme gjør de organisasjonsmessige strukturene. På denne måten anser jeg interaksjonsnivået som et isolerende lag mellom mennesker og struktur, i en evigvarende dynamisk prosess avhengig av de ulike faktorene som til enhver tid befinner seg i sirklene innenfor og utenfor

interaksjonsnivået, og også hvilke ytre faktorer som påvirker organisasjonen og menneskene i den.

Fra redegjørelsen om autonom og kontrollert motivasjon går jeg nå videre til å vise hvordan medarbeidernes *prososiale motivasjon og atferd* kommer til uttrykk i en kontekst preget av varierende grad av styring. Igjen vil alle modellens sirkler være aktuelle, siden prosesser og samhandling både internt i sirklene og mellom de ulike sirklene er avgjørende for hvordan organisasjonens kjerneoppgave blir prioritert og gjennomført.

5.3 Prososial motivasjon og atferd i en styringspreget kontekst

Jeg fant flere eksempler på at medarbeiderne ble motivert av å samhandle med pasientene gjennom aktiviteter, og at de opplevde dette som meningsfullt. Når pasientene viste glede, mestring og trivsel var dette en sterk prososial motivasjonsfaktor. Som en av informantene sa:

Vi gjør det for deres skyld. Vi er glade for å gjøre noe ekstra for dem.

Prososial motivasjon bygger på positive følelser for andre (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 92), i min studie medarbeidernes følelser for pasientene.

Selv om figur 4.1 (s. 72) ikke har piler mellom faktorene internt i sirklene, kan vi se for oss en toveis pil mellom pasienter og medarbeidere. Pilen ville markert en gjensidig påvirkning mellom partene, på bakgrunn av blant annet fellesskap og relasjoner. Relasjonene bringes med til interaksjonsnivået, hvor gruppetilhørighet og normer for atferd eksisterer. Utsagn fra en informant om at de er som en stor familie, vitner om sterke relasjoner. Disse har betydning for de standarder og forventninger for gjennomføring av aktivitet som blir etablert blant medarbeiderne, og til dels også blant pasientene. Dill et al. (2016, s. 100) refererer til Dodson og Zincavage (2007) når de hevder at familiære relasjoner er en foretrukket relasjon blant pasienter og medarbeidere i helsesektoren. Også Ingstad (2010, s. 15) bruker familiesfæren som bakteppe når hun siterer en sykepleier på ønsket om å kunne tilby pasientene et hjem framfor en oppbevaringsplass.

Jeg finner at medarbeiderne hadde individuelle standarder for gjennomføring av aktiviteter. I tillegg vil samspillet medarbeiderne imellom og mellom medarbeidere og pasienter danne grunnlag for en standard i modellens

interaksjonsnivå. Dette er i tråd med Penner et al. (2005, s. 367), som hevder at en mulig årsaksfaktor for prososial atferd er basert på både personlige og sosiale normer og standarder.

Disse standardene, altså i hvilken grad medarbeiderne ønsker å gjennomføre aktiviteter for å gi pasientene gode opplevelser i en god relasjon, står i et misforhold til standarder og forventninger som kommuniseres fra organisasjonens etablerte strukturer i modellens ytterste sirkel. Bemanning, tidspress, rutiner og prosedyrer legger en strukturell standard for gjennomføring av aktivitet, basert på styringssignaler fra ledere internt i organisasjonen og eksternt fra politikere, myndigheter og andre systemer for styring og kontroll. Mitt funn går videre enn hva Penner et al. (2005) beskriver. De fremhever individuelle egenskaper og samhandlingen mellom mennesker som utgangspunkt for prososial atferd, og belyser ikke hvordan de organisasjonsmessige strukturene begrenser eller muliggjør prososial atferd. Bowers et al. (2001, s. 485), derimot, viser til at strukturelle faktorer påvirker muligheten for prososial atferd. De hevder at strukturelle oppgaver som møter, medikamenthåndtering, dokumentasjon og rapportering er frustrerende for sykepleierne og gir lite tid til samhandling og aktiviteter med pasientene. På denne måten er den strukturelle standarden i et misforhold med standarden som er skapt av det sosiale samspillet i avdelingen.

I en hverdag preget av mange oppgaver og liten tid, ble det gjennom intervjuene kjent at mange medarbeidere utnyttet tidshull til små aktiviteter. Eksempler på dette var ekstra godt morgenstell på dager hvor mye tid måtte brukes til dokumentasjon og rapportering, samt å ta pasientene med på praktiske gjøremål som å levere skittentøy. Datamaterialet gir for øvrig ikke grunnlag for å trekke slutning om at den prososiale motivasjonen var like sterk hos alle medarbeiderne. Tvert imot ga informantene uttrykk for at gjennomføring av aktiviteter til en viss grad var personavhengig.

Det er noen som er mest interessert i at man bare skal stelle. [...] Det er ikke alle som er like flinke med aktivitet.

Til tross for arbeidspress og mangel på tid, tok altså mange av medarbeiderne i bruk handlingsrommet til små, positive tiltak for pasientene når de strukturelle faktorene satte begrensninger. Lignende beskrivelser finner vi hos Bowers et al. (2001, s. 489), hvor sykepleierne observerte pasientenes atferd og generelle

tilstand og fikk tid til en liten samtale samtidig som de ventet på at pasientene skulle svelge medisinen. Jeg anser her at resultatene fra Bowers et al. sin studie er mer generalisert enn i min studie. Mine informanter mente at ikke alle medarbeiderne utnyttet tidshullene like effektivt, mens informantene hos Bowers et al. tilsynelatende hadde samme opplevelse av å måtte gjøre flere ting samtidig for å få mulighet til å tilbringe tid med pasientene (Bowers et al., 2001, s. 485).

Tidsbegrensninger til tross; datagrunnlaget inneholder eksempler på at de menneskelige faktorene utfordret strukturene, både gjennom etablering av mønstre på individnivå og ved hjelp av pårørende som en ytre faktor (figur 4.1 s. 72). En informant fortalte om pårørende som ressurser for å kunne gjennomføre aktiviteter av en viss varighet og som innebar økonomiske kostnader for medarbeiderne, eksempelvis overnattingsturer. Ved hjelp av figur 4.1 (s. 72) ser vi at det her i interaksjonsnivået er etablert en norm og forventning om at medarbeiderne brukte av egen fritid ved slike aktiviteter, i tillegg til at pårørende var en forsterkende faktor for mulig gjennomføring. Samspillet og relasjonene med de pårørende trekkes inn i interaksjonsnivået, enten direkte ved at relasjonen til de pårørende aktivt pleies, eller indirekte via pasientene, når de pårørende erfarer og verdsetter pasientenes positive reaksjoner ved aktiviteter. På denne måten ser vi hvordan forholdet mellom pårørende, pasient og medarbeider, altså mellom en ytre faktor og de interne menneskelige faktorene, bidro til gjennomføring av en kjerneoppgave, til tross for at styring og kontroll, selve strukturen, satte begrensninger. Det må tas i betraktning at pårørendes økonomiske bidrag for gjennomføring av aktivitet vil avhenge av flere faktorer, blant annet pasienter og pårørendes personlige økonomi, deres økonomiske handlingsrom, samt forholdet mellom pårørende og pasient. Individuelle ulikheter ble ikke utdypet i intervjuene, og slutningene som er trukket er derfor generalisert.

5.3.1 Prososial motivasjon og prososial atferd i en styringspreget kontekst – kort oppsummert

I dette delkapitlet viser jeg hvordan medarbeidernes prososiale motivasjon og atferd kommer til syne i en hverdag preget av styring og begrensninger, og hvordan muligheter skapes og utnyttes. Jeg har tolket funnene i lys av figur 4.1 (s. 72), Bowers et al. (2001) og Penner et al. (2005). Penner et al. har et mer

avgrenset perspektiv når de i stor grad vektlegger menneskelige egenskaper og samhandling som årsaksfaktorer til prososial motivasjon og atferd, og ikke i samme grad som meg inkluderer de strukturelle og ytre faktorenes påvirkning. Bowers et al., derimot, generaliserer i større grad enn hva mine funn tillater. Deres informanter var mer samkjørte når det gjaldt opplevelsen av og ønsket om å tilbringe tid med pasientene, enn hva mine informanter gjorde. Figur 4.1 (s. 72) er legitim som forklaring på medarbeidernes prososiale motivasjon og atferd, både for hvordan det oppstår, hvordan det synliggjøres og hvordan menneskelige, strukturelle og ytre faktorer inngår i en dynamiske prosess både internt og på tvers av modellens sirkler.

Så langt i drøftingskapitlet har jeg gitt medarbeiderne fokus, både individuelt, i samspill med hverandre og i samspill med andre faktorer. I det følgende vil jeg gjøre rede for *leder*, som skiller seg fra de øvrige faktorene ved å befinne seg i to av modellens sirkler samtidig.

5.4 Leders dobbeltrolle som menneskelig og strukturell faktor

Avdelingsleder er den styringsmyndighet som er nærmest kjerneoppgaven. I modellen (figur 4.1 s. 72) er leder representert på to nivåer; blant organisasjonens menneskelige faktorer sammen med pasienter og medarbeidere, og som utøver av ledelse i modellens ytterste sirkel. Med dette illustrerer jeg *leders dobbeltrolle*; leder som menneske og kollega med sine personlige egenskaper i relasjon med pasienter og medarbeidere, og leder som utøver av ledelse, en representant for organisasjonsstrukturen, tilbaketrukket fra de menneskelige faktorer og tettere koblet på nivået for, og selv utøver av, styring og kontroll.

Informantene vektla ikke leder som en svært sentral årsaksfaktor for gjennomføring av aktivitet, men funnene er likevel interessante. Leder A ble omtalt som pådriver for aktivitet, men med negativt fortegn. Medarbeiderne som kjente pasientene godt, vurderte hvilke aktiviteter som passet for den enkelte. Leder A overprøvde medarbeidernes vurdering og igangsatte aktiviteter i kraft av sin rolle som utøver av styring og kontroll, altså den delen av lederrollen vi finner i modellens ytterste sirkel som en del av organisasjonens struktur. Som en motsats til dette ble det vist til leder B som deltok i aktiviteter på pasientenes premisser. Informantene mente leder B gikk foran som et godt eksempel og bidro til å sette

en standard for hvordan aktiviteter skulle gjennomføres. I dette tilfellet er det leder som en del av organisasjonens menneskelige faktorer i modellens nest innerste sirkel, i relasjon med medarbeidere og pasienter, som er synlig. Leder er «en av gjengen» og handler i samsvar med de allerede etablerte standarder i modellens interaksjonsnivå.

Leder A's styring utløser medarbeideratferd basert på kontrollert motivasjon (Gagné & Deci, 2005). Hvorvidt leder A selv blir styrt, for eksempel målt på antall aktiviteter som gjennomføres i avdelingen, eller om vedkommende på selvstendig grunnlag utøver sin ledermakt, vet vi ikke. Hvis det første er tilfelle, er det sannsynlig at leder selv handler på bakgrunn av kontrollert motivasjon. Hvis leder derimot blir indre motivert av å utøve makt, kan leders autonome motivasjon være bakgrunn for handlingen.

I følge Bøgh Andersen og Holm Pedersen (2014, s. 78) er det sammenheng mellom måten leder implementerer et styringstiltak på og hvordan dette oppleves av medarbeiderne. Jo større tillit medarbeiderne har til leder, jo lettere vil styringstiltak kunne bli implementert. Kommunikasjon utgjør en stor del av prosessen, og dialog og beordring gir ulike resultater. Implementering ved bruk av god dialog påvirker medarbeidernes motivasjon positivt (Bøgh Andersen & Holm Pedersen, 2014, s. 79). Funnene fra mitt datamateriale er i tråd med Bøgh Andersen og Holm Pedersens betraktninger. Leder A tilsidesetter medarbeidernes beslutninger om deltakelse i aktivitet, går ikke i dialog og benytter sin posisjon til å utøve styring. Hva slags tillitsforhold medarbeiderne har til leder A kommer ikke fram av materialet, men denne type atferd fra leder er ikke tillitsfremmende (Spurkeland, 2015, s. 164-165).

Det at *leder* og *ledelse* i min modell er representert i to ulike sirkler, skiller min modell fra Leavitt-Ry-modellen (Ry Nielsen & Ry, 2002). I Leavitt-Ry-modellen er riktignok leder inkludert i samlebetegnelsen *aktører*, men ledelse blir ikke konkret definert under *strukturer*. Til tross for presisering fra Ry Nielsen og Rye (2002, s. 7-8) om at deres modell er et utgangspunkt som må fylles med konkret innhold for å gi mening, vil min modell likevel være bedre egnet til å illustrere leders dobbeltrolle og hvordan disse rollene forenes i interaksjonsnivået, enten i form av en rollekonflikt eller som en veltilpasset rollekombinasjon hvor leder står med ett ben godt plassert i hver sirkel.

5.4.1 Leders dobbeltrolle – kort oppsummert

I dette delkapitlet har jeg med utgangspunkt i figur 4.1 (s. 72) vist hvordan leder innehar en dobbeltrolle ved at *leder* som person er definert i modellens nest innerste sirkel og *ledelse* som fagdisiplin er definert i modellens ytterste sirkel. Eksempler fra datamaterialet som viser leders atferd fra begge perspektiv underbygger min argumentasjon og legitimerer modellens relevans.

Når jeg nå går over til siste tema i drøftingskapitlet, benytter jeg fortsatt modellen som utgangspunkt når jeg foretar en overordnet analyse av hvordan informantene forklarer årsaken til prioritering og gjennomføring av aktiviteter, og hvordan dette kan sees i lys av begrepsparet *aktør-brikke*.

5.5 Årsaksforklaringer og aktør-brikke perspektivet

Denne studien dreier seg om å kartlegge årsaksfaktorer for prioritering og gjennomføring av aktiviteter i sykehjem, og mine informanternes fortellinger ligger til grunn. Andre informanter kunne ha oppgitt andre årsaker for hvorfor og hvordan de prioriterer og gjennomfører sine oppgaver, basert på personlige meninger og på bakgrunn av samspillet med kollegaer generelt og i intervjuene spesielt. Hvilke faktorer som oppgis som årsak til atferd henger sammen med individuelle og kulturelle egenskaper hos de som utpeker årsaksfaktorene (Lawrence et al., 2006, referert i Manusov & Spitzberg, 2008, s. 38).

Nygårds betraktninger om *aktør og brikke* (2007, s. 23) gir økt forståelse for funnene i mitt materiale. Ifølge Nygård vil de som anser seg som aktører gjøre en aktiv innsats for å fjerne hindringer og ta ansvar for å skape retning for sine handlinger. Mennesker som anser seg som brikker, derimot, vil med sin passive holdning til omgivelsene preges av hjelpeløshet uten mulighet til å snu situasjonen eller oppnå ønskede resultater. En aktør kan si «jeg har jobbet målrettet for å oppnå dette», mens en brikke kan si «jeg har alltid uflaks».

Ifølge Latham (2012, s. 285) vil årsaksfaktorer vurderes ut i fra ulike variabler; som *indre* (i individet) eller *ytre* (utenfor individet), grad av *stabilitet* og grad av *kontrollerbarhet*. Hvordan vi plasserer årsakene langs disse variablene påvirker hvorvidt vi inntar en passiv eller aktiv, av Latham beskrevet som hjelpeløs eller optimistisk, holdning til omgivelsene. Lathams begrepspar hjelpeløs-optimistisk kan sees som en parallell eller supplement til Nygårds aktør-brikke.

I det innsamlede materialet kommer Latham og Nygårds perspektiver til syne. Ved sykehjem A var alle informantene tilsynelatende enige om at lav bemanning var den viktigste årsaken til at aktiviteter ikke ble gjennomført. I de øvrige intervjuene ble bemanning nevnt som én av flere årsaksfaktorer, men ble ikke vektlagt i like stor grad, og heller ikke var informantene enige om i hvor stor grad dette var tilfelle. Dette kan tolkes som at informantene ved sykehjem A i større grad anser seg som passive brikker uten mulighet til å endre situasjonen eller påvirke årsaksfaktoren, og utnytter derfor heller ikke et mulig handlingsrom. Lav bemanning blir stående som en hovedforklaring på hvorfor aktiviteter ikke blir gjennomført. Relatert til Lathams teori (2012, s. 285) plasserer informantene her årsaksfaktorene utenfor dem selv, som en konstant faktor som har vart over tid og som ligger utenfor deres kontroll. Ved sykehjem B, C og D var dette synet mer moderert enn ved sykehjem A. Antall medarbeidere på jobb var riktignok av betydning for i hvilket omfang aktiviteter kunne gjennomføres, men jo færre medarbeidere, jo mindre ressurskrevende aktiviteter ble valgt. Informantenes offensive holdning for å møte situasjonen kan tyde på en aktørholdning, i motsetning til informantene ved sykehjem A, som viste en mer defensiv holdning. Sett i lys av Latham (2012, s. 285), kan dette tolkes som at informantene ved sykehjem B, C og D ikke utelukkende anser at årsaken ligger utenfor dem selv, altså bemanning som en strukturell faktor. De ser derimot seg selv som mulige årsaksfaktorer, som med bruk av kompetanse og kreativitet kan endre situasjonen for å kunne gjennomføre aktiviteter for pasientene.

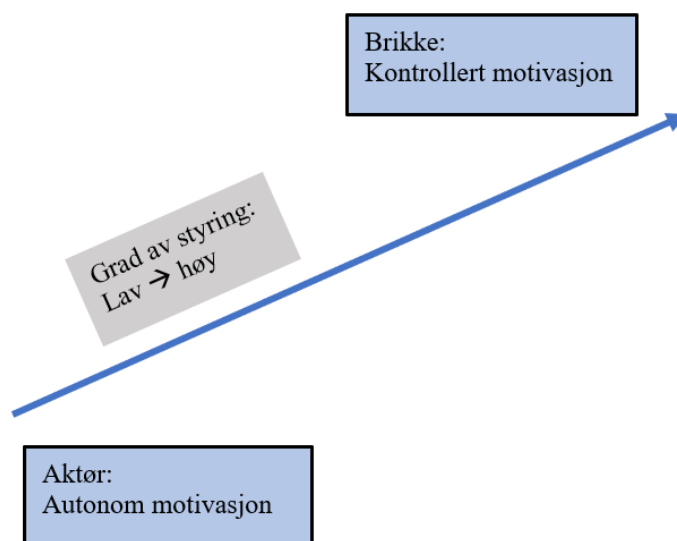
Nygård (2007, s. 43). påpeker at opplevelsen å være aktør eller brikke kan være betinget av *individ* og *kontekst*. Ved å bringe Nygårds perspektiv inn i figur 4.1 (s. 72), kan det i sykehjem A's interaksjonsnivå, i møtet mellom de menneskelige og strukturelle faktorene, ha utviklet seg en sannhet om at lav bemanning vanskeliggjør aktiviteter. Det er liten tvil om at bemanning som strukturell faktor påvirker oppgaveløsningen. Seks medarbeidere vil kunne løse flere oppgaver enn hva fire rekker. Antallet personer på jobb vil ha konsekvenser for medarbeidernes stressnivå, følelse av mestring og mulighet for å gjennomføre oppgavene på en god måte. Konteksten medarbeiderne er en del av, vil på denne måten kunne påvirke deres holdninger om egen rolle som aktør eller brikke.

I tillegg til kontekst, har også individuelle egenskaper betydning for hvorvidt vi oppfatter oss selv som brikker eller aktører (Nygård, 2007, s. 43). Det er vanskelig å fastslå om informantene ved sykehjem A, som alle uttrykte en holdning jeg tolker i retning av brikker, var del av en kontekst med felles oppfatning, eller om de alle hadde personlighetstrekk som resulterte i et syn på seg selv som brikker framfor aktører. Ifølge Gagné og Deci (2005, s. 337) vil vi, når vi føler oss som en del av en gruppe, lettere internalisere normer og verdier på samme måte som de øvrige medlemmene i gruppen. Når gruppens norm, bevisst eller ubevisst, er å se seg som brikker uten mulighet for å kunne påvirke, er det sannsynlig at denne normen blir delt av alle gruppens medlemmer. I en forlengelse av dette resonnementet, og spesifikt sett opp mot informantene ved sykehjem A, kan vi stille spørsmålsteget ved i hvilken utstrekning medarbeidernes personlighetstrekk er av betydning for styrken i den samlede gruppenormen. Individuelle trekk som samsvarer med eksisterende norm vil kunne antas å styrke normen ytterligere. Dette spørsmålet har jeg på bakgrunn av innsamlet materiale imidlertid ikke grunnlag for å drøfte videre.

Blant informantene fra de øvrige sykehjemmene fant jeg ikke grunnlag for å tolke deres uttrykte holdninger i retning av å anse seg selv som en enhetlig gruppe med brikker. Informantene ga isteden i varierende grad uttrykk for å være enten aktør eller brikke, eller et sted midt imellom. Informantene var også i større grad uenige og korrigerende hverandres utsagn. Resultatene fra sykehjem A og de tre øvrige sykehjemmene kan på denne måten tolkes i retning av at dersom mange nok medarbeidere har sammenfallende personlige tendenser til å anse seg selv som brikker, vil det i modellens interaksjonsnivå (figur 4.1 s. 72) lettere kunne etableres en norm hvor det å anse seg som brikker blir en gjeldende regel. Medarbeidernes behov for tilhørighet og å bli akseptert som en del av gruppen er fremtredende (Olafsen, 2018, s. 57), og behovet for tilhørighet gjør at allerede eksisterende normer legges til grunn for individuell og kollektiv atferd. Måten å årsaksforklare hvordan aktiviteter prioriteres og gjennomføres vil derfor overføres til nye kollegaer etter hvert som de blir en del av gruppen.

Også andre deler av den organisasjonsmessige strukturen vil kunne ha betydning for hvorvidt medarbeiderne anser seg selv som aktører eller brikker. Graden av styring og kontroll samt fokus på økonomi og effektivisering vil kunne

påvirke medarbeiderens opplevelse av hvorvidt de kan ta egne valg eller er styrt av andres beslutninger (Bøgh Andersen & Holm Pedersen, 2014, s. 12). Dette kan sees som en parallell til Nygårds aktør-brikke betraktninger (2007). Jo mer styring man utsettes for, jo mer tilbøyelig til å anse seg selv som en brikke uten innflytelse. Jo mer selvbestemmelse medarbeideren har, desto mer vil vedkommende være en førende aktør. Sammenhengen mellom *styring*, *aktør-brikke* og *autonom og kontrollert motivasjon* vises i følgende figur:



Figur 5.2 Styring, motivasjon og aktør-brikke (min framstilling)

Relatert til mitt datamateriale, kan vi anta at dersom medarbeiderne i sykehjem A utsettes for et strengere styringsregime når det gjelder bemanning enn sykehjem B, vil denne styringen, med bakgrunn i den strukturelle faktoren, kunne føre medarbeiderne mot en passiv brikkeholdning. Og motsatt; dersom sykehjem B har en styring hvor fokuset på en anstrengt bemanningssituasjonen ikke er like fremtredende, altså lavere grad av styring, vil dette kunne bidra til at medarbeiderne anser seg selv som aktører, eller i det minste ikke som passive brikker. Jeg har ikke grunnlag for å anta at dersom man ikke er en brikke er man automatisk en aktør, med støtte fra Nygård som påpeker at aktør-brikke synet ikke er et enten-eller, men en lineær skala hvor de fleste vil kunne bevege seg på skalaen avhengig av oppgave og situasjon (Nygård, 2007, s. 43). Figur 5.2 må derfor benyttes som et øyeblikksbilde knyttet til en spesifikk oppgave og

situasjon. Virkelighetens atferd følger ikke en lineær graf eller lar seg nøyaktig plassere i etablerte og forhåndsdefinerte bokser.

Avslutningsvis må det tas i betraktning at jeg ikke har undersøkt eventuelle ulikheter i bemanningsnivået sett opp mot avdelingenes størrelse eller pasientenes helsetilstand. Dersom det skulle vise seg at sykehjem A faktisk har lavere bemanning enn de andre sykehjemmene i studien, kan informantene ved sykehjem A ha et viktig poeng: Lav bemanningsfaktor er den enkeltstående årsaksfaktoren i deres organisasjon som i svært stor grad påvirker muligheten for prioritering og gjennomføring av aktiviteter.

5.5.1 Årsaksforklaringer og aktør-brikke perspektivet – kort oppsummert

I dette delkapitlet har jeg vist hvordan funn fra min studie kan drøftes mot begrepene *aktør-brikke* (Nygård, 2007). Bemanningsfaktoren ble ved alle sykehjemmene nevnt å være av betydning for gjennomføring av aktivitet, men informantene ved ett av sykehjemmene vektla dette vesentlig sterkere enn de andre. Med forbehold om at det objektivt sett ikke er store forskjeller i bemanning som skiller dette sykehjemmet fra de øvrige i studien, kan dette være uttrykk for informantenes holdninger som brikker framfor aktører, og at det har vokst fram en kollektiv sannhet om at lav bemanning vanskeliggjør gjennomføring av aktivitet. I de andre sykehjemmene var handlingsrommet tatt i bruk i større grad, og informantene viste eksempler på at de aktivt fant løsninger og muligheter for å gjennomføre aktivitet til tross for begrenset bemanning. Dette vitner om en aktørlignende holdning, hvor medarbeiderne selv tar styringen og gjør det beste ut av situasjonen.

Sammenhengen mellom grad av styring, motivasjon og menneskers aktør-brikke holdning er satt i system i figur 5.2 (s. 91). Å anse seg selv som en aktør har sammenheng med autonom motivasjon, mens å oppfatte seg som en brikke er forbundet med kontrollert motivasjon. Jo lavere grad av styring, dess større sannsynlighet for autonom motivasjon og opplevelse av å være aktør. Opplevelsen av å være en brikke som handler på bakgrunn av kontrollert motivasjon, øker i takt med graden av styring.

5.6 Oppsummering

På bakgrunn av en trinnvis tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006, s. 86-93) og i takt med økende forståelse for datagrunnlaget har jeg etablert en modell (figur 4.1 s. 72) som fra et overordnet perspektiv gir mening til materialets innhold.

Modellen har fungert som en transformator ved at data er ført inn i modellen, blitt bearbeidet og kommet ut i en annen form, selvstendig eller i samspill med øvrige data. Modellen viste seg å være relevant for analyse og tolkning av informantenes besvarelser på et mer abstrakt nivå. Jeg har forsøkt å komme på baksiden av informantenes svar ved å stille meg spørsmålet *hva er dette uttrykk for?* På denne måten har det innsamlede materialet vist seg å være adskillig mer innholdsrikt enn det tilsynelatende var ved første øyekast, og det hadde tilstrekkelig kapasitet til å belyse studiens problemstilling og forskningsspørsmål. Med dette går jeg nå videre til avhandlingens siste kapittel hvor jeg vil oppsummere funnene og fremme en konklusjon.

6.0 Konklusjon

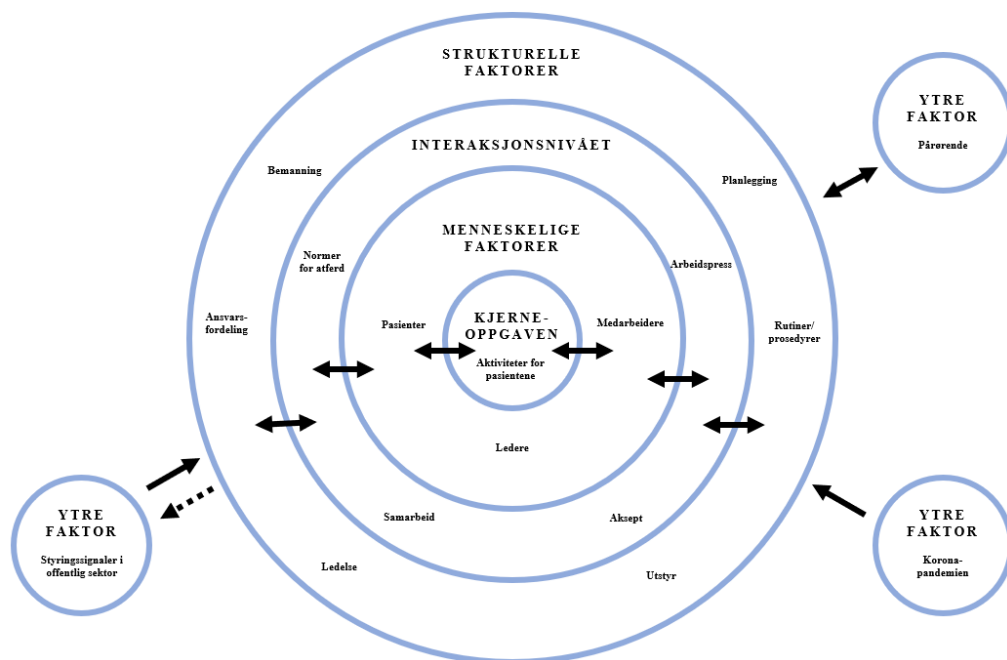
Min masteravhandling er resultatet av en studie gjennomført ved fire sykehjem i Oslo kommune. Gjennom fokusgruppeintervjuer med til sammen 14 informanter, samlet jeg data for å belyse studiens problemstilling:

Hvilke faktorer er av betydning for prioritering og gjennomføring av aktiviteter i sykehjem, og hvordan påvirkes medarbeidernes motivasjon for oppgaven?

Problemstillingen er operasjonalisert i følgende forskningsspørsmål:

1. På hvilken måte blir prioritering og gjennomføring av aktiviteter påvirket av organisasjonens interne faktorer?
2. Hvordan kan gjennomføring av aktiviteter påvirkes av faktorer utenfor organisasjonen?
3. Hvilke faktorer påvirker medarbeidernes motivasjon for gjennomføring av aktiviteter for pasientene?

På bakgrunn av innsamlet materiale utarbeidet jeg følgende modell som utgangspunkt for analyse og drøfting:



Figur 4.1 Faktorer som påvirker gjennomføring av aktiviteter (min framstilling)

Bygger på Ry Nielsen og Ry (2002)

Modellen gir oversikt over organisasjonens indre og ytre faktorer og bygger på Leavitt-Ry-modellen (Ry Nielsen & Ry, 2002). Modellen er resultat av systematisk bearbeidelse av data i tråd med trinnene i en tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006, s. 86-93), før jeg plasserte dataene i en ny og sammenfattet enhet. I det følgende vil jeg kort besvare studiens tre forskningsspørsmål.

6.1 På hvilken måte blir prioritering og gjennomføring av aktiviteter påvirket av organisasjonens interne faktorer?

Organisasjonens kjerneoppgave, *aktiviteter for pasientene*, ligger i modellens senter (figur 4.1 s. 94). Jeg har skilt mellom organisasjonens *menneskelige faktorer* bestående av pasienter, medarbeidere og ledere, og de *strukturelle faktorene*, som planlegging, bemanning, ledelse og utstyr. Informantene beskrev hvordan gjennomføring av aktiviteter ble påvirket av organisasjonens interne faktorer, både sammen og hver for seg. Graden av påvirkning varierte, både når det gjaldt intensitet og konstans, avhengig av faktorenes egenskaper og hvordan de påvirket hverandre. Figur 4.1 viser sammenhengen mellom de strukturelle og menneskelige faktorene og hvilke reaksjoner som oppstår når disse møtes i interaksjonsnivået.

Forskningsspørsmålet *På hvilken måte blir prioritering og gjennomføring av aktiviteter påvirket av organisasjonens interne faktorer?* krever et nyansert svar. Ved hjelp av figur 4.1 har jeg avdekket hvilke interne organisasjonsmessige faktorer som påvirket prioritering og gjennomføring av aktiviteter for pasientene, hvordan disse avhenger av og påvirker hverandre, samt de dynamiske prosessene som resulterer i påvirkning av ulik styrke, intensitet og varighet.

6.2 Hvordan kan gjennomføring av aktiviteter påvirkes av faktorer utenfor organisasjonen?

Figur 4.1 (s. 94) viser ytre faktorer som påvirker organisasjonens kjerneoppgave: *Pårørende, koronapandemien og styringssignaler i offentlig sektor*.

Pårørende og koronapandemien var konkrete faktorer som påvirket gjennomføring av aktivitet. Styringssignaler var derimot en abstrakt og mindre åpenbar faktor, som først i løpet av analyseprosessen trådte tydeligere fram.

Heller ikke eksterne faktorer var konstante i forhold til synlighet, styrke og konsistens. Pårørende var en ikke-homogen gruppe, hvor noen pårørende lettet gjennomføring av aktiviteter mens andre skapte konfliktfylte forhold. Dette varierte over tid, og hang også sammen med relasjonen mellom medarbeiderne og de pårørende. Koronapandemien har gjennom smitteverntiltak og smitteutbrudd i varierende grad påvirket gjennomføringen av aktiviteter, med ulik intensitet i ulike perioder. Graden av styring og hvordan styringstiltakene ble oppfattet, varierte både mellom informantene og sykehjemmene. Dette kan skyldes de ulike styringstiltakenes objektive karakter, medarbeidernes subjektive opplevelser, eller hvordan medarbeidernes samspill har etablert en kollektiv opplevelse av styringstiltakenes effekt og konsekvenser.

Som en besvarelse av forskningsspørsmålet *Hvordan kan gjennomføring av aktiviteter påvirkes av faktorer utenfor organisasjonen?* har jeg gjennom mitt datamateriale identifisert tre ytre påvirkningsfaktorer som alle påvirker gjennomføringen av aktiviteter. Ved hjelp av modellen viser jeg hvordan disse i varierende grad, sammen og hver for seg, påvirker gjennomføringen.

6.3 Hvilke faktorer påvirker medarbeidernes motivasjon for gjennomføring av aktiviteter for pasientene?

I avhandlingens teorikapittel presenterer jeg ulike teorier om motivasjon som avgrensede og sidestilte forklaringer på hvordan motivasjon oppstår og synliggjøres. Datamaterialet betinger en mer kompleks forklaring.

Gjennom informantenes fortellinger finner jeg at medarbeidernes motivasjon påvirkes av kjerneoppgaven, organisasjonens menneskelige og strukturelle faktorer, samt faktorer utenfor organisasjonen. Motivasjon skapes av og i organisasjonens ulike deler, og i summen av to eller flere av delene. Figur 4.1 (s. 94) illustrerer hvordan motivasjon oppstår og kommer til syne, og modellens interaksjonsnivå er igjen sentralt. Her etableres standarder og normer for atferd, som et resultat av samhandling både mellom organisasjonens menneskelige faktorer, og mellom menneskene og de organisasjonsmessige strukturene. Medarbeidernes motivasjon vil veksle mellom å være kontrollert og autonom, varierende i tid og kontekst, avhengig av enkeltfaktorer som bringes inn i interaksjonsnivået. Medarbeidernes prososiale motivasjon og personlige

egenskaper vil påvirkes av de standarder og normer som etableres, samtidig som hver enkelt medarbeider selv er en påvirkningsfaktor inn mot interaksjonsnivået. Summene av delene er mer enn de enkelte delenes selvstendige verdi, da samspillet delene imellom utgjør en verdi i seg selv.

Forskningsspørsmålet *Hvilke faktorer påvirker medarbeiderens motivasjon for gjennomføring av aktiviteter for pasientene?* kan på enkleste måte besvares ved å hevde at samtlige av modellens faktorer påvirker medarbeidernes motivasjon. Virkeligheten, via analyse og tolkning, viser derimot at en så enkel forklaring ikke er hele sannheten. Graden av påvirkning vil variere, både gjennom tid, intensitet og situasjon, av enkeltfaktorene og av sammenhengen mellom dem.

6.4 Blikk bakover

Jeg er fornøyd med hvordan jeg har gjennomført studien, resultatene som har framkommet og eget læringsutbytte. Man kan alltid stille spørsmål ved om datamaterialet er tilstrekkelige stort for å kunne gi svar på det som skal besvares, men jeg vurderer resultatene fra fokusgruppeintervjuene som både brede nok og dype nok til å kunne fylle avhandlingen med substans. Selv om jeg tidsmessig hadde hatt kapasitet til å gjennomføre flere intervjuer, fikk jeg ikke tilbud om flere enn fire intervjuer ved sykehjem i Oslo kommune. Studien måtte i så fall ha blitt utvidet med intervjuer i andre kommuner, men min hensikt var aldri å sammenligne resultater mellom kommuner. Videre empirisk forskning kunne imidlertid ha tatt for seg eventuelle forskjeller og likheter mellom resultatene fra de store sykehjemmene i Oslo og mindre sykehjem i små kommuner. Kanskje vil modellens legitimitet i så fall bli forsterket eller svekket ved sammenfall eller sprik i interne og eksterne faktorer og faktorenes innbyrdes dynamikk.

Modellen (figur 4.1 s. 94) er etablert på bakgrunn av datamateriale fra sykehjemssektoren i landets største kommune, men vil kunne være gyldig også for andre organisasjonstyper og andre profesjonskontekster, både i offentlig og privat sektor. Hvilke faktorer som er gjeldende, henholdsvis som interne eller eksterne, og faktorenes plassering i forhold til hverandre, vil variere og må konkretiseres. Modellen inneholder elementer som enhver organisasjon består av: en oppgave, noen mennesker og et sett med spesifikke rammebetingelser. I tillegg vil ingen organisasjon eksistere uten kontakt med omverdenen, om det er kunder,

investorer, nasjonale myndigheter eller andre. Derfor er modellen omgitt av ytre faktorer. Noen av modellens faktorer er synlige, andre er usynlige, og noen etableres på bakgrunn av andre faktorer eller samspillet mellom dem. Interaksjonsnivået representerer de usynlige faktorene som vi merker er tilstede, men som vi kun indirekte kan observere.

Siden jeg har bygget modellen med utgangspunkt i hvordan organisasjoner fungerer og hvilke deler de består av, er modellen universell og kan generaliseres. Innholdet i den er derimot spesifikk, da det er resultatene fra datainnsamlingen som gir modellen retning og mening.

6.5 Ett svar med to streker?

Ved studiens startpunkt var jeg uvitende om hvordan det innsamlede materialet ville være egnet til å belyse problemstillingen. Gjennom en grundig prosess med sortering, kategorisering, analyse og tolkning av data, og som grunnlag for utarbeidelse av en deskriptiv modell (figur 4.1 s. 94), har det innsamlede materialet vist seg å inneha langt dypere mening enn hva jeg antok. Ikke minst var sammenhengen mellom faktorene og hva denne sammenhengen resulterte i, lenge et ikke åpenbart element.

Gjennom avhandlingen viser jeg hvilke faktorer som er av betydning for prioritering og gjennomføring av aktiviteter i sykehjem, og hvordan medarbeidernes motivasjon for oppgaven påvirkes. Om det kan settes to streker under mitt svar, kan nok bestrides. Hvilke svar som gis, avhenger som kjent av hvem som spør, hvem som svarer og hvordan svarene tolkes. Mitt bidrag til det akademiske univers er hverken objektivt eller universelt, men er likevel et bidrag som vil kunne generaliseres, til tross for at det er spesielt.

7.0 Referanser

- Andersen, L. B. (2009). What determines the behaviour and performance of health professionals? Public service motivation, professional norms and/or economic incentives. *International Review of Administrative Sciences*, 75(1), 79-97. doi:10.1177/0020852308099507
- Bang, H. (2013). Organisasjonskultur ; en begrepsavklaring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(4), 326-336.
- Bejerot, E., & Hasselbladh, H. (2003). Nya kontroll-och maktrelasjoner i sjukvården. *Arbetsmarknad & Arbetsliv* (2), 107-127.
- Bowers, B. J., Luring, C., & Jacobson, N. (2001). How nurses manage time and work in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 484-491. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01686.x
- Bradley, G. W. (1978). Self-serving biases in the attribution process: A reexamination of the fact or fiction question. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36(1), 56-71. doi:10.1037/0022-3514.36.1.56
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Bryman, A. (2016). *Social research methods* (5th ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Buelens, M., & Van den Broeck, H. (2007). An analysis of differences in work motivation between public and private sector organizations. *Public Administration review*, 67(1), 65-74.
- Bøgh Andersen, L., & Holm Pedersen, L. (2014). *Styring og motivation i den offentlige sektor* (Vol. 3). København: Jurist- og Økonomforbundet.
- Celik, S. S., Kapucu, S., Tuna, Z., & Akkus, Y. (2010). Views and attitudes of nursing students towards ageing and older patients. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(4), 24.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of self-determination research*. Rochester, N.Y: University of Rochester Press.
- Diefenbach, T. (2009). New public management in public sector organizations: the dark sides of managerialistic 'enlightenment'. *Public Administration*, 87(4), 892-909.
- Dill, J., Erickson, R. J., & Diefendorff, J. M. (2016). Motivation in caring labor: Implications for the well-being and employment outcomes of nurses. *Social Science and Medicine*, 167, 99-106. doi:10.1016/j.socscimed.2016.07.028
- Eliassen, M., & Hartviksen, T. (2020). *Aktivitet og fellesskap*. Oslo: Omsorgsbiblioteket
- Feather, J., McGillis Hall, L., Trbovich, P., & Baker, G. R. (2018). An integrative review of nurses' prosocial behaviours contributing to work environment optimization, organizational performance and quality of care. *Journal of Nursing Management*, 26(7), 769-781. doi:10.1111/jonm.12600
- Flick, U. (2015). *Introducing research methodology: a beginner's guide to doing a research project* (2nd ed.). Los Angeles, California: SAGE.

- Forskrift om IPLOS-registeret. (2006). *Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Franco, L. M., Bennett, S., & Kanfer, R. (2002). Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. *Social Science and Medicine*, 54(8), 1255-1266.
- Franco, L. M., Bennett, S., Kanfer, R., & Stubblebine, P. (2004). Determinants and consequences of health worker motivation in hospitals in Jordan and Georgia. *Social Science and Medicine*, 58(2), 343-355.
doi:10.1016/s0277-9536(03)00203-x
- Furseth, I., & Everett, E. L. (2020). *Masteroppgaven : hvordan begynne - og fullføre* (3. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Gagné, M., & Deci, E. (2005). Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational behavior*, 26(4), 331-362.
- Gormley, K. J. (1996). Altruism: a framework for caring and providing care. *International Journal of Nursing Studies*, 33(6), 581-588.
- Hallin, K., & Danielson, E. (2007). Registered nurses' experiences of daily work, a balance between strain and stimulation: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(7), 1221-1230.
doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.05.011
- Halvorsen, K., & Jerpseth, H. (2016). Forskningsetiske utfordringer ved kvalitative studier. *Sykepleien forskning (Oslo)*(57440), e-57440.
doi:10.4220/Sykepleienf.2019.57440
- Harvey, P., & Martinko, M. J. (2009). Attribution theory and motivation. In N. Borkowski & K. A. Meese (Eds.), *Organizational behavior, theory and design in health care* (pp. 143-158). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Haugland, B. Ø. (2012). Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet. *Sykepleien forskning*(1), 40-47. doi:10.4220/sykepleienf.2012.0030
- Hauvik, S., & Eckhoff, K. M. (2017). Pasienter på sykehjem ønsker aktiv omsorg. *Sykepleien forskning*(64620), e-64620.
- Hein, H. H. (2009). *Motivation : motivationsteori og praktisk anvendelse*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Hein, H. H. (2019). *Motivation : motivationsteori og praktisk anvendelse* (2. utgave). København: Hans Reitzels Forlag.
- Hetland, H., & Hetland, J. (2009). Motivasjon og basale psykologiske behov i en arbeidslivskontekst. I P. Ø. Saksvik & K. Nytrø (Red.), *Klinisk organisasjonspsykologi* (s. 139-158). Trondheim: Cappelen Damm.
- Høgheim, S. (2020). *Masteroppgaven i GLU*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ingstad, K. (2010). Arbeidsforhold ved norske sykehjem — idealer og realiteter. *Nordic journal of nursing research*, 30(2), 14-17.
doi:10.1177/010740831003000204
- Isaksen, J., Ågotnes, G., & Fagertun, A. (2018). Spenningsfeltet mellom standardisering, variasjon og prioritering i norske sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(2), 143-152. doi:10.18261/issn.2387-5984-2018-02-10
- Jakobsen, K., & Granebo, R. (2011). Større faglig bredde som bidrag til mer aktiv omsorg for sykehjemsbeboere. *Sykepleien forskning*, 6(2), 144-150.
doi:10.4220/sykepleienf.2011.0095

- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W., & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforl.
- Kamp, A., Klemsdal, L., & Gonäs, L. (2013). Working in the public sector: Introduction to the thematic issue. *Nordic journal of working life studies*, 3(2), 1.
- Kanfer, R., & Chen, G. (2016). Motivation in organizational behavior: History, advances and prospects. *Organizational behavior and human decision processes*, 136, 6-19. doi:10.1016/j.obhdp.2016.06.002
- Kaufmann, G., & Kaufmann, A. (2015). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (5. utgave). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kuvaas, B. (2008). A test of hypotheses derived from self-determination theory among public sector employees. *Employee relations*, 31(1), 39-56. doi:10.1108/01425450910916814
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utgave). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvalitetsforskriften. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet,.
- Latham, G. P. (2012). *Work motivation : history, theory, research, and practice* (2nd ed.). Thousand Oaks, California: Sage.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, 358(9280), 483-488. doi:10.1016/s0140-6736(01)05627-6
- Manusov, V., & Spitzberg, B. (2008). Attribution theory: Finding good cause in the search for theory. In L. A. Baxter & D. O. Braithwaite (Eds.), *Engaging Theories in Interpersonal Communication: Multiple Perspectives* (pp. 37-50): SAGE Publications, Inc.
- McGaghie, W. C., Mytko, J. J., Brown, W. N., & Cameron, J. R. (2002). Altruism and compassion in the health professions: a search for clarity and precision. *Medical Teacher*, 24(4), 374-378.
- McLafferty, I. (2004). Focus group interviews as a data collecting strategy. *Journal of Advanced Nursing*, 48(2), 187-194. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03186.x
- Medisinsk ordbok. (2021). Retrieved from <https://www.ordnett.no/search?language=no&phrase=somatisk>
- Meld. St. 15. (2018). *Leve hele livet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Meld. St. 29. (2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative research : a guide to design and implementation* (4th ed.). San Francisco, California: Jossey-Bass.
- Meyer, S., Eilertsen, G., & Ytrehus, S. (2010). Meningsfullt arbeid på sykehjem. Erfarne sykepleieres perspektiv. *Sykepleien forskning*, 5(2), 148-154. doi:10.4220/sykepleienf.2010.0075
- Morgan, D. L. (1996). Focus groups. *Annual Review of Sociology*, 22, 129-152. doi:10.1146/annurev.soc.22.1.129
- NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Nygård, R. (2007). *Aktør eller brikke? Søkelys på menneskets selvforståelse* (2. utgave). Oslo: Cappelen.

- Olafsen, A. H. (2018). Selvbestemmelsesteorien: Et differensiert perspektiv på motivasjon i arbeidslivet. *Magma*, 2, 54-61.
- Oslo kommune. (2018). Kvalitetsrapporter - Helse og sosial. Retrieved from https://www.oslo.kommune.no/statistikk/kvalitetsrapporter-helse-og-sosial/#!c|document_topic_health_nursing_home/c|year_2018
- Oslo kommune. (2020a). Alle sykehjem. Retrieved from https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/omsorgsbolig-og-sykehjem/sykehjem/alle-sykehjem/#!c|f_stay_type_longterm
- Oslo kommune. (2020b). Oppholdstyper på sykehjem og helsehus. Retrieved from <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/omsorgsbolig-og-sykehjem/sykehjem/oppholdstyper-pa-sykehjem/>
- Panagiotis, M., Alexandros, S., & George, P. (2014). Organizational Culture and Motivation in the Public Sector. The Case of the City of Zografou. *Procedia economics and finance*, 14, 415-424. doi:10.1016/S2212-5671(14)00730-8
- Penner, L. A., Dovidio, J. F., Piliavin, J. A., & Schroeder, D. A. (2005). Prosocial behavior: Multilevel perspectives. *Annual review of psychology*, 56, 365-392.
- Ragin, C. C., & Amoroso, L. M. (2011). *Constructing social research : the unity and diversity of method* (2nd ed.). Thousand Oaks, California: Pine Forge Press.
- Rienecker, L., Stray Jørgensen, P., Skov, S., & Landaas, W. (2013). *Den gode oppgaven : håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole* (2. utgave). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ry Nielsen, J. C., & Ry, M. (2002). *Anderledes tanker om Leavitt : en klassiker i ny belysning*. København: Nyt fra Samfundsvidenskabernes.
- Schein, E. H., & Schein, P. (2017). *Organizational culture and leadership* (5th ed.). Hoboken, New Jersey: Wiley.
- Slettebø, Å., Saeteren, B., Caspari, S., Lohne, V., Rehnsfeldt, A. W., Heggstad, A. K. T., . . . Nåden, D. (2017). The significance of meaningful and enjoyable activities for nursing home resident's experiences of dignity. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 718-726. doi:10.1111/scs.12386
- Spurkeland, J. (2015). *Tilpasset ledelse. Kunsten å lede et mangfold av individer*. Oslo: Universitetsforlaget.
- St.meld. nr. 25. (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Sykehjemsforskriften. (1989). *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet,.
- Telenius, E., Granbo, R., Helbostad, J., & Langhammer, B. (2019). Slik kan beboere på sykehjem bli mer aktive. *Sykepleien forskning*(75017), e-75017. doi:10.4220/Sykepleiens.2019.75017
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. Utgave) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tufte, P. (2013). Is there time enough? Temporal resources and service performance in the Danish home care sector. *Nordic journal of working life studies*, 3(2).
- Vik, K. (2012). Aktivitet og deltakelse for eldre. *Ergoterapeuten*, 1, 2012.

8.0 Vedlegg

8.1 Intervjuguide

Problemstilling:

Blir prioritering av pasientrettede oppgaver i en sykehjemsavdeling påvirket av de ansattes motivasjon for oppgaven og organisasjonskulturens normer?

Innledning:

- Kort presentasjon av meg selv.
- Kort om masteroppgavens tema og intervjuets mål.
- Praktisk gjennomføring av intervjuet:
 - Varighet maks 1,5 timer.
 - Undertegnede er ordstyrer.
 - Lydopptak vil bli benyttet. Alle opptak slettes når oppgaven er ferdig.
 - Alle data vil bli anonymisert.
 - Deltakerne kan når som helst avbryte intervjuet uten å oppgi noen grunn for dette.
- Begrepsavklaring:

Med begrepet «pasientrettede aktiviteter» menes planlagte og spontane aktiviteter for og med pasientene, av fysisk, sosial, kulturell eller religiøs art, for en eller flere pasienter, på avdelingsnivå eller felles for flere avdelinger.
- Kollegaer og pasienter bør så langt det er mulig anonymiseres under intervjuet, og ikke nevnes ved navn.
- Eventuelle spørsmål fra deltakerne før vi starter?

Tema 1:

Aktiviteter for og/eller med pasientene.

- Hvilke aktiviteter har dere for og med pasientene?

Planlagte og spontane?
På individnivå, på avdelingsnivå, på tvers av avdelingen, felles for hele sykehjemmet?
Daglig, ukentlig, eventuelt månedlig og årlig?
- Hvem bestemmer at disse aktivitetene skal gjennomføres og hvilken måte de skal gjennomføres på?

For eksempel leder, personalgruppen i fellesskap, den enkelte medarbeider, de medarbeiderne som er på jobb når aktiviteten gjennomføres, pårørende, pasienten, kjøkkenpersonalet, andre?

- Opplever du at det er handlingsrom for å komme med idéer om nye aktiviteter og innspill om å avslutte aktiviteter?
- I hvilke planer er aktivitetene nedfelt?
Individuelle tiltaksplaner, avdelingsplaner, felles aktivitetsplan/årshjul?
- Opplever du at aktivitetene stort sett blir gjennomført som planlagt?
Hva tror du kan være årsakene til dette?
 - Forhold ved avdelingen:
Rutiner? Arbeids- og ansvarsfordeling? Bemanning?
Personalsammensetning? Ikke rett kompetanse i gruppa;
heklegruppe men ingen kan hekle? Tidspress? Antall oppgaver
som skal utføres i løpet av vakta? Organisasjonskultur? «Sånn gjør
vi det hos oss»?
 - Forhold ved deg som medarbeider:
Motivasjon/det du har lyst til? Personlighetstrekk? Kompetanse/det
du er flink til? Stillingsstørrelse? Kjønn? Alder? Hvilke oppgaver
du foretrekker å utføre?
 - Forhold ved pasientene:
Atferd, sykdom, interesse, pasientsammensetning i avdelingen?
 - Forhold ved aktiviteten:
Tilpasset pasientgruppen? Kreves det mye forberedelse?
Tidkrevende?
 - Annet?

Tema 2:

Medarbeidernes motivasjon for å gjennomføre aktiviteter med pasientene.

- Hvilke typer aktiviteter for pasientene liker du å gjennomføre?
Hva tror du er grunnen til dette?
- Er det noen aktiviteter du liker mer eller mindre enn andre?
Hva tror du grunnen kan være?
- Hva påvirker måten du gjennomfører aktivitetene på?
Gi eksempler.
- Hva mener du er hovedårsaken til at du som enkeltperson eller dere som kollegaer gjennomfører aktiviteter med pasientene?
- Hva tenker du generelt om det å gjennomføre aktiviteter med pasientene?
Opplever du at det gir deg noe?
På hvilken måte?

Tema 3:

Organisasjonskulturens normer som mulig påvirkning på gjennomføring av aktiviteter med pasientene.

- Opplever du at dere på avdelingen har et felles syn på hvilke oppgaver i løpet av en vakt som er viktige og hvilke som er mindre viktige?
Kom med eksempler.
- Opplever du at dere på avdelingen har et felles syn på hvor «viktig» det er å gjennomføre aktiviteter for pasientene?
På hvilken måte?
- Finnes det skrevne eller uskrevne regler i avdelingen for hvor ofte og hvordan dere gjennomfører aktiviteter for pasientene?
(Hva bør man gjøre, hva bør man ikke gjøre? Uskrevne regler? Er det lov å prioritere bingo når avdelingen står på hodet? Ting «alle» gjør, hva forventes, hva sitter i veggene?)
- Er det synlige gjenstander/ting i avdelingen som benyttes ved aktiviteter for pasientene, eller som minner om aktiviteter som har blitt/skal bli gjennomført?
(For eksempel sangbøker, filmer, strikketøy, bilder fra grillfesten i fjor henger på veggen, adventskalender, gevinstbord og loddbok til julebasaren, hageredskap på terrassen etc.?)
- Opplever du at det å gjennomføre aktiviteter med pasientene prioriteres lavere, høyere eller tilnærmet likt med andre oppgaver som skal utføres i avdelingen?
- Opplever du at kollegaene samarbeider for å gjennomføre aktiviteter med pasientene?
På hvilken måte?
- Opplever du at det er en forventning til hvordan du gjennomfører aktiviteter med pasientene?
Hvis ja - hvem opplever du forventer noe av deg? (Eksempelvis leder, kollegaer, pårørende, pasienter eller andre?)
På hvilken måte påvirker dette deg?
- Hender det at du gjennomfører en aktivitet selv om du av ulike grunner ikke ønsker å gjøre det?
På bakgrunn av hva?

Avslutning:

- Er det noe du vil tilføye som vi ikke har snakket om i dag?
- Tusen takk for at dere tok dere tid!

8.2 Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Motivasjon og kulturelle normer som påvirkningsfaktorer for gjennomføring av aktiviteter for pasienter i sykehjem»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke om gjennomføring av aktiviteter for og med pasienter i sykehjem påvirkes av den enkelte medarbeiders motivasjon for oppgaven og organisasjonskulturens normer. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Tilpassede aktiviteter for pasienter i sykehjem kan bidra til mestring, trivsel og god livskvalitet. Som helsepersonell yter du stor innsats til beste for pasienten, og utfører en rekke ulike oppgaver i løpet av arbeidsdagen.

Formålet med studien er å undersøke hvilke faktorer som påvirker hvordan du og dine kollegaer gjennomfører aktiviteter med pasientene, og hvorvidt dere opplever at aktiviteter med pasientene prioriteres på lik linje med eller annerledes enn øvrige oppgaver i avdelingen. Jeg ønsker også å undersøke om medarbeidernes motivasjon har innvirkning på gjennomføring av aktiviteter.

Følgende problemstilling står sentralt i studien:

«Blir prioritering av pasientrettede oppgaver i en sykehjemsavdeling påvirket av medarbeidernes motivasjon for oppgaven og organisasjonskulturens normer?»

På bakgrunn av problemstillingen, er det utarbeidet tre forskningsspørsmål som ønskes besvart:

- Hvilke aktiviteter tilbys pasientene, og hvordan prioriteres og gjennomføres disse?
- Blir prioritering og gjennomføring av pasientrettede aktiviteter påvirket av den enkelte medarbeiders motivasjon for oppgaven?
- Blir prioritering og gjennomføring av pasientrettede aktiviteter påvirket av kulturens normer?

Jeg ønsker å gjennomføre til sammen fire fokusgruppeintervjuer med medarbeidere fra to avdelinger ved det samme sykehjemmet. Hver fokusgruppe vil bestå av tre til fire deltakere. To av fokusgruppene vil bestå av sykepleiere og vernepleiere, mens de andre to vil bestå av helsefagarbeidere/hjelpepleiere og assistenter.

Fokusgruppeintervjuene vil bli gjennomført i løpet av høsten 2020.

Studien utgjør min avsluttende masteravhandling på studiet «Organisasjon og ledelse» ved Høgskolen i Østfold.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høyskolen i Østfold er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Studien gjennomføres ved xxx (navn på sykehjem) i Oslo kommune. Direktør for sykehjemsetaten i Oslo kommune og virksomhetsleder/institusjonssjef ved sykehjemmet har gitt tillatelse til at jeg kan gjennomføre studien ved sykehjemmet.

Jeg spør om du ønsker å delta i studien siden du er ansatt ved dette sykehjemmet, og du i tillegg:

Er sykepleier, vernepleier, helsefagarbeider/hjelpepleier eller assistent.

Jobber 50% eller mer (fast eller vikar) med vakter dag og kveld.

Snakker og forstår norsk på en god måte.

Er godt kjent med å gjennomføre aktiviteter med pasientene.

Jeg kontakter til sammen 6-8 medarbeidere fra den avdelingen du jobber ved, og 6-8 medarbeidere fra en av de andre avdelingene ved sykehjemmet.

Din avdelingsleder har gitt meg ditt navn, telefonnummer og e-postadresse.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i studien, innebærer det at du blir med i et fokusgruppeintervju sammen med 2-4 av dine kollegaer fra avdelingen. Intervjuet vil vare maksimalt i 1,5 timer, og vil finne sted i tidspunkt omkring vaktskiftet mellom dag- og kveldsvakter. Dato og klokkeslett vil bli bestemt senere. Intervjuet vil foregå i et møterom i sykehjemmet, eventuelt som et digitalt møte i tråd med gjeldende smittevernregler.

I løpet av intervjuet vil vi snakke om deres erfaringer med og meninger om gjennomføring av aktiviteter for pasientene.

Vi vil benytte en intervjuguide for å sikre at vi kommer gjennom alle temaer jeg ønsker opplysninger om.

Hovedtemaene i intervjuguiden er:

- Aktiviteter for og med pasientene.
- Medarbeidernes motivasjon for å gjennomføre aktiviteter med pasientene.
- Organisasjonskulturens normer som mulig påvirkningsfaktor for gjennomføring av aktiviteter med pasientene.

Alle data vil bli anonymisert, og du skal ikke navngi kollegaer eller pasienter under intervjuet.

Lyddopptak vil benyttes, og alle opptak slettes når oppgaven er ferdig. Jeg vil også ta stikkordsmessige notater underveis i intervjuet.

Det er frivillig å delta

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 – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Førsteamanuensis og prosjektansvarlig Sol Skinnarland og masterstudent Barbro Kingsrød, begge ved Høyskolen i Østfold, vil ha tilgang til dine opplysninger.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data.
- Dataene vil bli lagret på en sikker måte i tråd med retningslinjer fra Høyskolen i Østfold og Norsk Senter for Forskningsdata (NSD).
- Alle data vil bli samlet inn, bearbeidet og lagret i OneDrive.
- Alle opplysninger vil bli anonymisert i masteroppgaven, og navnet på sykehjemmet vil ikke bli publisert. Dersom jeg skulle være i tvil om enkelte utsagn kan identifisere deg eller noen av dine kollegaer, vil jeg kontakte den enkelte og be om gjennomlesing for å avgjøre om sitatet kan benyttes eller ikke. Det skal ikke være mulig for utenforstående å identifisere hvem som har blitt intervjuet eller hvilke pasienter som eventuelt har blitt omtalt i intervjuene.

Alle opplysninger slettes ved avslutning av masterprosjektet og endt sensur.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i august 2021. Lyddopptak og rådata vil bli slettet.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet personopplysninger om deg
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høyskolen i Østfold har NSD (Norsk senter for forskningsdata) vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Høyskolen i Østfold ved førsteamanuensis Sol Skinnarland, telefon 951 82 115, e-post sol.skinnarland@hiof.no.
- Masterstudent Barbro Kingsrød, telefon 982 43 678, e-post barbro.kingsrod@hiof.no
- Vårt personvernombud: Martin Gautestad Jakobsen, telefon 69 60 80 09/928 65 818, e-post martin.g.jakobsen@hiof.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 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Sol Skinnarland

Masterstudent
Barbro Kingsrød

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Motivasjon og kulturelle normer som påvirkningsfaktorer for gjennomføring av aktiviteter for pasienter i sykehjem*» og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- ☐ å delta i fokusgruppeintervju hvor det benyttes lydopptak.

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

(Dato og signatur prosjektdeltaker)

8.3 Godkjenning NSD

Melding 18.05.2020 11:26

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 655807 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 18.05.2020. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD 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: nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html
Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.08.2021.

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

NSD 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: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD 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.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD 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). Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)