

MASTEROPPGAVE

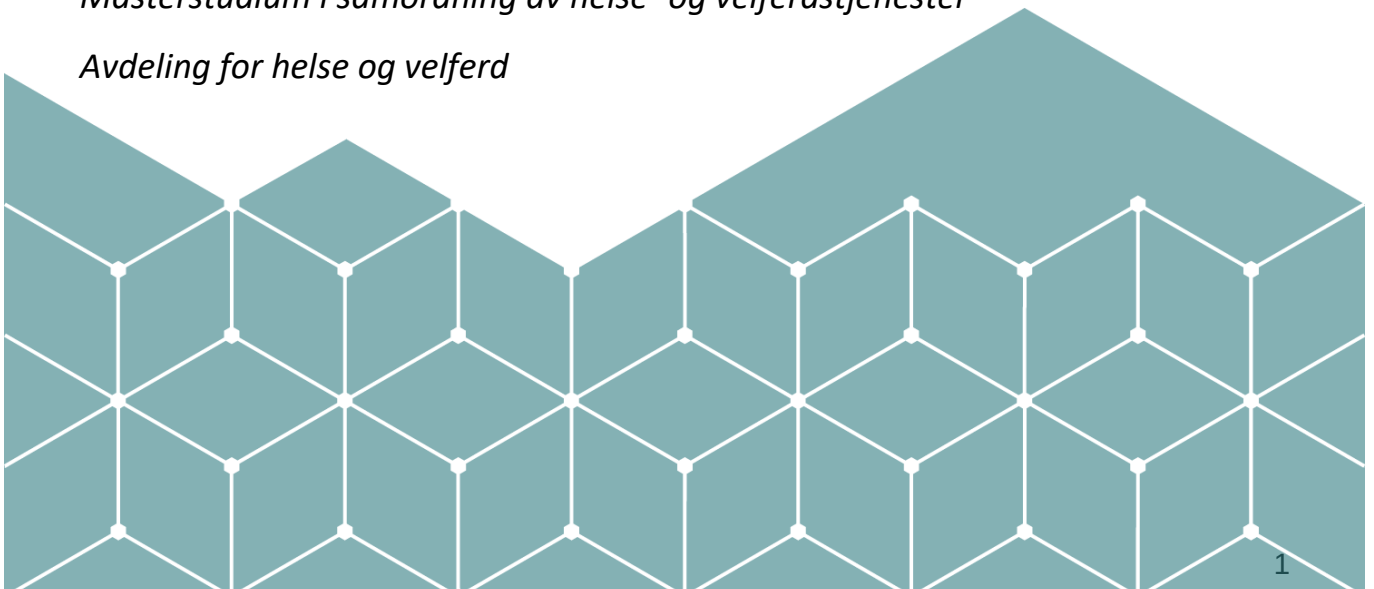
Bruker-/pårørenderåd på sykehjem – en kvalitativ undersøkelse om brukermedvirkning på systemnivå

Camilla Jakobsen

16.05.22

Masterstudium i samordning av helse- og velferdstjenester

Avdeling for helse og velferd



Sammendrag

Bakgrunn: Brukermedvirkning står i dag sentralt i helse- og velferdssektoren og er et viktig grep for å sikre pasienter og brukeres medvirkning i eget liv og kvaliteten på helsetjenester. Det finnes flere typer av brukermedvirkning. En av de er brukermedvirkning på systemnivå, som blant annet kan foregå gjennom bruker-/pårørenderåd. Hensikten med bruker-/pårørenderådet, er at det skal fungere som et organ for sykehjemsbeboere gjennom bruker-/pårørenderådets representanter for å forbedre kvaliteten av helsetjenestene og øke brukermedvirkning. Allikevel viser forskning at det i eldreomsorgen er utfordringer ved arbeidet i bruker-/pårørenderådene og det stilles spørsmål ved om de bidra til reell brukermedvirkning og til at forbedre tjenestene på sykehjem.

Formål: Formålet med min studie er å undersøke om bruker-/pårørenderådene, i en større norsk kommune, ivaretar brukermedvirkning på systemnivå i sykehjem og om dette bidra til utvikling av gode tjenester for sykehjemsbeboerne. Dette innebærer å se på samproduksjonen og beslutningsprosessen i bruker-/pårørenderådene.

Metode: I denne studie har jeg benyttet en kvalitativ metode. Data ble innsamlet gjennom intervjuer av fem representanter fra to bruker-/pårørenderåd, dokumentanalyse av møtereferater samt en observasjonsstudie fra et møte i et bruker-/pårørenderåd.

Resultat: Studien viser at bruker-/pårørenderådene har flere ulike utfordringer som vanskeliggjøre økt brukermedvirkning på systemnivå samt utvikling av gode tjenester for sykehjemsbeboerne. Funn viser at representantene i bruker-/pårørenderådene trenger en tydeliggjøring av formålet med bruker-/pårørenderådene, definisjon av brukermedvirkning, ansvarsområder og rollefordeling. Dette har en negativ påvirkning av samproduksjonen i bruker-/pårørenderådene. Samtidig er informasjonsformidling i så stort fokus, mellom virksomheten og bruker-/pårørenderådets representanter, at det er lite rom for å ivareta øvrige oppgaver.

Nøkkelord: Brukermedvirkning, systemnivå, sykehjem, brukerråd, samproduksjon, samarbeid, beslutningsprosess.

Abstract

Background: Patients involvement is today central in the health care sector and is an important action to ensure patients participation in their own lives and quality of health services. There are several types of patients participation. One of them is patient participation on system level, which can take place in user councils. The purpose of the user council is to work as an organ for nursing home residents through the user council's representative to improve the health services and increase user participation. But research of the health services for the aged, shows that there are challenges in the user councils and the question are, do user councils contribute to real user participation and to improving the health services in nursing homes.

Purposes: The purpose with my study was to study whether user councils, in a larger Norwegian municipality, take care of user participation at system level, in nursing homes and whether this contributes to the development of good health services for nursing home residents. This means looking at the co-production and the decisionmaking process in the user council.

Methodology: In this study I have used a qualitative methodology. Data were collected through interviews of five representatives of user councils, document analysis of user council meetings and an observational study from a user councils meeting.

Results: The study shows that the user councils have different challenges, which make it difficult to increase patients involvement at system level, as well as the development of good health services for the nursing home residents. Findings show that the representatives in the user councils, definition of user participation, division of responsibilities and of roles. At the same time, information between the nursing home and the representatives gets so much focus that there is little room for other takes.

Key words: Patients involvement, system level, nursing homes, user councils, co-production, collaboration, decision-making process.

Forord

Denne masteroppgave er en avslutning på masterstudium i samordning av helse- og velferdstjenester, som jeg påbegynte i 2016. Endelig er jeg klar til å avslutte en lærerik, spennende og ikke minst krevende utdanning. En utdannelse som har tilført på ny kunnskap, erfaringer og nye bekjenskaper.

Underveis i forløpet med masteroppgaven har jeg hatt to veiledere. Gunnar Vold Hansen og Erna Haug. Jeg vil gjerne takke dere begge for unnværlig hjelp, faglig tyngde, verdifulle innspill, støtte og oppmuntrende ord. Det har holdt motivasjonen min oppe gjennom prosessen. Spesielt har jeg satt stor pris på hjelpen og støtten i innspurten av oppgaveskrivingen.

Jeg vil også gjerne rette en stor takk undersøkelseskommunen, som har bidratt med innspill til et spennende tema for oppgaven. Takk til alle informantene som har stilt opp til intervju med stort engasjement og delt sine erfaringer.

Den største takk til de to jeg deler livet med, Gisle og Karla. Takk for tålmodigheten og for støtten jeg har fått igjennom et krevende utdannelsesløp. Og tusen takk til alle andre som har kommet med oppmuntrende ord underveis i løpet.

Fredrikstad, mai 2022

Camilla Jakobsen

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	3
Forord	4
1.0 Innledning.....	8
1.1 Tema og problemstilling	8
1.2 Definisjoner og sentrale begreper	9
1.2.1 Brukermedvirkning	9
1.2.2 Brukermedvirkningens nivåer	9
1.2.3 Bruker-/pårørenderåd	10
1.2.4 Samproduksjon	10
1.3 Nasjonale føringer og lovverk.....	11
1.4 Tidligere forskning og kunnskapsgrunnlag	11
1.5 Bruker-/pårørenderåd i undersøkelseskommunen.....	12
1.6 Oppsummering	13
1.7 Oppgavens oppbygning	14
2.0 Teori.....	15
2.1 Brukermedvirkning	15
2.1.1 Hvordan måles brukermedvirkning	15
2.1.2 Brukermedvirkning – glideskala	16
2.2 Brukerråd og oppgaver	17
2.3 Samproduksjon av tjenester	18
2.3.1 Utfordringer ved samproduksjon	20
2.4 Beslutningsprosess	21
3.0 Metode	22
3.1 Forskningsdesign	22

3.2 Kvalitativ metode.....	23
3.3 Intervju.....	23
3.4 Intervjuguide.....	24
3.5 Utvelgelse av informanter og rekruttering.....	24
3.6 Gjennomføring av forskningsintervju.....	25
3.7 Transkribering.....	26
3.8 Analysestrategi – tematisk analyse	26
3.9 Forberedelse, koding, kategorisering og rapportering	27
3.10 Dokumentanalyse	28
3.11 Observasjon	28
4.0 Presentasjon av funn.....	30
4.1 Hvordan er bruker-/pårørenderådet organisert og opplever brukerrepresentantene en felles funksjon av rådet?.....	30
4.1.1 Funksjon	30
4.1.2 Saker i bruker-/pårørenderådet	31
4.1.3 Ansvar og oppgaver	32
4.1.4 Representantene og rekruttering	34
4.2 Hva fremmer og hemmer samproduksjon i et bruker-/pårørenderåd og bidrar rådet til reel brukermedvirkning for sykehjemsbeboerne?	36
4.2.1 Samproduksjon og samarbeidet i bruker-/pårørenderådet.....	36
4.2.2 Forståelse av brukermedvirkning	38
4.2.3 Medvirkning - de gode eksempler	39
4.2.4 Brukermedvirkning og utfordringer i bruker-/pårørenderådet.....	41
5.0 Diskusjon	43
5.1 Organisering og funksjon av bruker-/pårørenderådet.....	43
5.1.1 Hovedoppgaver i bruker-/pårørenderådet.....	43

5.1.2 Et velfungerende bruker-/pårørenderåd	44
5.2 Reell brukermedvirkning?	45
5.2.1 Samproduksjon i bruker-/pårørenderådet	46
5.2.2 En felles oppfatning?	48
5.2.3 Glideskalaen	48
5.2.4 Måling av brukermedvirkning	49
5.2.5 Brukermedvirkning på systemnivå eller individnivå?	50
5.2.6 Beslutningsprosess	52
6.0 Avslutning	54
6.1 Veien videre	58
Litteraturliste	60
Vedlegg 1 – NSD norsk senter for forskningsdata	64
Vedlegg 2 – Forespørsel om deltagelse i studiet	67
Vedlegg 3 - Samtykkeerklæring	69
Vedlegg 4 - Intervjuguide	70

1.0 Innledning

1.1 Tema og problemstilling

Denne oppgaven er blitt til på grunnlag av en henvendelse jeg fikk fra etatsjefen for omsorgssentre, i en større norsk kommune i 2018, med ønske om å undersøke brukervedvirkning på systemnivå i bruker-/pårørenderådene i kommunes sykehjem. Dette fanget min interesse og jeg vurderte at dette kunne bli et godt tema for min masteroppgave. Formålet med oppgaven er å svare på henvendelsen og få større innsikt i hvordan brukervedvirkning ivaretas på sykehjem samt øke kunnskapen om brukervedvirkning på systemnivå. Temaet i denne studien er derfor bruker-/pårørenderåd og hvordan rådet til bidrar til forbedring av tjeneste på sykehjemmene samt til økt brukervedvirkning.

Med bakgrunn fra ovenstående henvendelse og etter at ha satt meg inn i tidligere forskning, som beskrives i følgende avsnitt, har jeg valgt følgende problemstilling:

Hvordan kan bruker-/pårørenderåd i sykehjem bidra til utvikling av gode tjenester til sykehjemsbeboere?

Jeg har videre utarbeidet to forskningsspørsmål for å konkretisere og hjelpe meg med å svare på undersøkelsens problemstilling:

- Hvordan er bruker-/pårørenderådet organisert og opplever brukerrepresentantene en felles funksjon av rådet?
- Hva fremmer og hemmer samproduksjon i et bruker-/pårørenderåd og bidrar rådet til reell brukervedvirkning for sykehjemsbeboerne?

1.2 Definisjoner og sentrale begreper

Først vil jeg definere sentrale begrep slik at hver enkelt leser kan få en felles begrepsforståelse.

1.2.1 Brukermedvirkning

Selv om begrepet brukermedvirkning har fått større fokus i den politiske og helsefaglige verden, oppstår det allikevel mye tvil om den konkrete betydningen av begrepet med dens mange uklare definisjoner (Willumsen, 2005, s. 15-16). Begrepet ekspanderte spesielt fra 1990-tallet og har siden hatt en stadig økende politisk popularitet og en viktig plass i den politiske målsettingen i både inn- og utlandet (Askheim, 2020, s. 171). Norge har heller ikke en offisiell definisjon av brukermedvirkning, men i Regjeringens Stortingsmelding nr. 34 «Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede og veien videre» (1996-1997) finnes en definisjon om brukermedvirkning som benyttes ofte. I oppgaven tar jeg utgangspunkt i følgende definisjon:

«Brukermedvirkning vil si at de som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud» (Meld. St. 34 (1996-1997), kapittel 7.3.8).

1.2.2 Brukermedvirkningens nivåer

Det finnes ulike former for brukermedvirkning. I Norge er det mest vanlig å dele brukermedvirkning opp i tre nivåer: *individnivå*, *gruppenivå* og *systemnivå* (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 47).

Brukermedvirkning på *individnivå* er definert som at brukeren deltar i valg, utforming og bruk av tjenester. Når helsepersonell jobber med brukermedvirkning på dette nivået, vil de jobbe direkte med tiltak og tjenester rettet mot den enkelte tjenestemottaker. Brukeren skal få mulighet til å ha innflytelse på egen behandling og oppfølging, motta tilstrekkelig informasjon samt få tilbud om opplæring i selvhjelp, mestring og etablering av nettverk. Brukeren skal oppleve tillit og respekt av profesjonelle og også pårørende skal ivaretas i medvirkningsarbeidet (Myhra, 2012, s. 69).

Gjennom *gruppenivå* ser både pasienter og brukere på forebyggende arbeide sammen, rehabilitering og behandling via gruppearbeid og gruppemetodikk. Når gruppen opptrer sammen styrkes deres stemme i møtet med tjenesteyterne (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 47).

Ved brukermedvirkning på *systemnivå* vil det være representanter av brukere som fremlegger deres erfaringer for å ivareta eller få frem brukerens interesser samt komme med forslag til hvordan tjenester kan organiseres (Andreassen, 2005 s. 21-24). Det skal være et likeverdig partnerskap mellom brukere og tjenesteyterne, for å oppnå brukermedvirkning på systemnivå. Begge parter skal delta aktivt i planlegging og beslutningsprosesser som inngår i tjenesteutviklingen (Sørly, 2017, s. 12).

Min oppgave omhandler brukermedvirkning på systemnivå.

1.2.3 Bruker-/pårørenderåd

Et brukerråd eller brukerutvalg ses som rådgivende organ som er knyttet til en konkret virksomhet (for eksempel et sykehjem) eller et virksomhetsområde (for eksempel et kommunalt råd for funksjonshemmede). Definisjonen av et brukerråd og et brukerutvalg ansees som å være det samme. Et brukerråd eller brukerutvalg er uten beslutningsrett, men de har ofte et mandat som forteller hva rådets formål er og hvilke type oppgaver de skal løse (Andersen, 2011 s. 11). Jeg har valgt å bruke betegnelsen bruker-/pårørenderåd, da det er denne betegnelsen, som brukes i kommunen hvor undersøkelsen er foretatt.

1.2.4 Samproduksjon

Samproduksjon er en sentral tilnærming til brukermedvirkning. Begrepet har ingen egentlig definisjon og blir brukt til å dekke mange ulike sammenhenger, men med relaterte ideer. Utgangspunktet ved samproduksjon er, at ved ytelser av offentlige tjenester skal det oppleves et likeverdig og gjensidig forhold mellom fagfolk, brukere og pårørende og lokalsamfunnet. Samproduksjon ble tidligere brukt i forbindelse med samarbeide mellom brukeren og tjenesteytere, men pårørende og frivillige organisasjoner har i det senere blitt inkludert i begrepet (Hansen, 2019, s. 51-53).

1.3 Nasjonale føringer og lovverk

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 8-1), som skal sikre at pasienter og brukere har rett til å medvirke ved beslutninger helse- og omsorgstjenester. Dette omfatter blant annet rett til å medvirke mellom valg av tilgjengelige tjenesteformer samt undersøkelses- og behandlingsmetoder.

I Stortingsmeldingen «Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid» beskrives det at fremtidige utfordringer innenfor helse og velferd vil være en stigende andel av eldre, færre yrkesaktive og mindre tilgang på helsepersonell og at vi derfor må organisere vår tjenester på en annen måte, for å oppnå en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Et av grepene for å sikre gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester er blant annet å øke fokuset på brukermedvirkning – også igjennom brukerråd. Brukerrådet skal trekkes med inn i arbeidet med struktur- og systemtiltak og derved tilfører merverdi for helse- og omsorgstjenestene (Meld. St. 47 (2008-2009), s. 13-17, 76-77).

I Norge har det lenge vært et mål å endre brukerrollen og øke brukermedvirkning innenfor helse- og velferdstjenestene (Helsedirektoratet, 2017). På tross av dette beskrives det i stortingsmeldingen «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» (2014-2015) at brukermedvirkning ikke benyttes i stor nok grad. Fremtidens tjenester skal utvikles i samarbeide med pasienter og deres pårørende og de skal anses som å ha en like viktig rolle som fagfolk og politikere.

Kommunene har plikt til å sørge for at pasienter, brukere samt deres representanter blir hørt ved utforming av kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommunene har også ansvar for å etablere system for å innhente brukerens synspunkter og erfaringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 45-47).

1.4 Tidligere forskning og kunnskapsgrunnlag

I undersøkelser, som har blitt foretatt i flere europeiske land, viser det at pasienter generelt ønsker å delta mer i medvirkningen og bli inkludert i høyere grad i beslutninger som omhandler egen helse (Austvoll-Dahlgren & Johansen, 2013, s. 226-227).

Innenfor ulike deler av omsorgssektoren finnes flere studier og forskning på brukermedvirkning på individ- og systemnivå, men av studier om brukermedvirkning i den

norske eldreomsorg, omhandler de i stor grad brukermedvirkning på individnivå (Gautun & Sørvoll, 2020, s. 2).

Det anbefales av helsemyndighetene at det skal være en form for brukerutvalg eller brukerråd. I rapport fra 2011 hadde bare 10 % av kommunene i Norge brukerrepresentasjon på institusjoner for eldre eller funksjonshemmede. Samme rapport viser hvordan flere kommuner i Norge, jobber med brukermedvirkning på systemnivå i eldreomsorgen. I denne rapporten stilles det spørsmål ved om brukermedvirkning på systemnivå i kommunene gir reell brukermedvirkning i eldreomsorgen, da det påpekes flere gjennomgående utfordringer ved blant annet arbeidet med bruker- og pasientråd. Rekruttering av medlemmer til bruker-/pårørenderådet kan for eksempel være vanskelig eller at det oppleves at medlemmene har en tendens til å glemme å være representant for sykehjemmenes beboere og representere mere seg selv. Videre fremgår det at brukerrådet ikke nødvendigvis oppleves som godt integrert i øvrige beslutningssystemer i kommunene (Haukelien, Møller & Vike, 2011, s. 112-113).

En annen utfordring, som Johannessen (2019) viser i en undersøkelse, er at pasienter, pårørende og tjeneytere ofte har forskjellige oppfatninger av hva brukermedvirkning er. Brukermedvirkning handler, for noen pasienter og pårørende, om å motta informasjon og ikke selv være delaktig i beslutningsprosessen. For andre oppfattes brukermedvirkning som motsatt hvor det er forventninger om involvering og å få være med i avgjørelser.

Brukerråd for eldre bidrar til å styrke demokratisk representasjon, men forskning viser at rådene langt oftere er responderende på saker enn de er proaktive. En viktig faktor for at brukerråd skal ha innflytelse, er drøftelse av saker i det tidlig stadiet av saksprosessen og at rådene har en opplevelse av at det blir lyttet til deres meninger (Windsvold et al., 2014, s. 8-9).

1.5 Bruker-/pårørenderåd i undersøkelseskommunen

Jeg vil i dette avsnitt beskrive funksjonen til bruker-/pårørenderådene i undersøkelseskommunen. Opplysningene har jeg fra kommunens handlingsplan 2017-2020 og kommunens hjemmeside.

En av målsettingene for seksjon Helse og velferd, i undersøkelseskommunen, er at tjenestene som ytes er likeverdige, trygge og effektive. Dette målet skal blant annet nås ved å benytte brukererfaringer i forbedring og utvikling av tjenestetilbudene. Derfor ble det besluttet i 2018 å opprette bruker-pårørenderåd ved kommunes sykehjem. Bruker-pårørenderådet hadde også et formål om å bidra til økt brukermedvirkning og innflytelse blant beboerne. Bruker-/påørenderådets funksjon er å fungere, som et rådgivningsorgan for det enkeltes sykehjem ledelse. Derutover skal bruker-pårørenderådet også bidra til at planlagte tiltak blir realisert. Virksomhetsleder er ansvarlig for å innkalle til møte i bruker-/påørenderådet minst to ganger i året og presentere rådet for saker, som er meldt inn til behandling. Bruker-/påørenderådets representanter velges for to år av gangen og forventes å delta på alle møter. Det er medlemmenes oppgave å innhente saker og informasjon fra alle beboere og deres påørende i forkant av hvert møte. De skal ha en aktiv rolle for saker til behandling i bruker-/påørenderådene. Det tas ikke opp saker angående enkeltpersoner, men saker som vedrører den generelle kvaliteten i tjenestene på sykehjemmene. Det vil i bruker-/påørenderådene besluttes om det er saker som bør løftes til et overordnet ledelsesnivå eller til politisk nivå.

1.6 Oppsummering

Ifølge norsk lov er brukermedvirkning en pasientrettighet, som skal sikre at tjenestetilbudet, så vidt det er mulig, utformes i samarbeid med tjenestemottaker. Det skal legges betydelig vekt på tjenestemottakers mening om utformingen av tjenestetilbudet. Begrepet brukermedvirkning praktiseres på flere ulike nivå (individ-, gruppe- og systemnivå). Det er mange former og metoder for medvirkning (Askheim, 2020, s. 171).

Kommunen har blant annet ansvar for at sykehjem opprette system for at beboer og deres representanter skal få medvirke. Dette kan for eksempel gjøres ved å benytte bruker-/påørenderåd. Allikevel er det en del utfordringer i samproduksjonen mellom bruker-/påørenderådets representanter og organiseringen av rådet. Det settes spørsmål om bruker-/påørenderådene bidrar til reell brukermedvirkning.

1.7 Oppgavens oppbygning

I denne oppgaven har jeg hittil presentert oppgavens tema, problemstilling og redegjort for definisjoner og sentrale begrep, som benyttes videre i oppgaven. I innledende kapitelet kommer jeg også inn på nasjonale føringer og jeg presenterer tidligere forskning.

Avslutningsvis kommer jeg med en oppsummering.

Jeg vil i kapittel to presentere aktuell teori for min undersøkelse. Dette for å kunne belyse min problemstilling og forskningsspørsmål. Derneft vil jeg i kapittel tre redegjøre for valg av metode og metodisk overveielse samt beskrive analyseprosessen. I kapittel fire presenterer jeg mine funn. Disse drøftes i kapittel fem opp mot teoriene, som jeg har redegjort for i kapittel to. Jeg oppsummerer avslutningsvis i kapittel seks, hvor jeg også konkluderer. Til slutt beskriver jeg om veien videre.

2.0 Teori

Jeg vil i dette kapittel presentere valgt teori. Først har jeg teori som beskriver hvordan brukermedvirkning måles gjennom en enkel modell. Deretter vil jeg presentere hvordan det kan vurderes og i hvor stor grad brukermedvirkning er tilstede. Videre kommer jeg inn på brukerrådets funksjon og oppgaver. Jeg har også valgt å ha teori om samproduksjon av tjenester samt hvilke utfordringer som kan oppstå i forbindelse med samproduksjon. Jeg vil avslutningsvis komme inn på beslutningsprosessen.

2.1 Brukermedvirkning

2.1.1 Hvordan måles brukermedvirkning

Et vesentlig spørsmål innenfor brukermedvirkning er hvordan denne kan måles. Den mest opplagte metoden er å spørre brukerne, men er det utfordringer ved denne metoden. Eksempelvis har tjenestemottakeren fått tilstrekkelig informasjon til å gjøre selvstendige valg mellom ulike alternativ? Er brukeren blitt påvirket til å treffe bestemte valg? (Hansen, 2019, s. 53). En enkelt modell som viser hvorvidt brukermedvirkning er oppnådd kan beskrives gjennom følgende faser:

- Å bestemme om et problem er til stede
- Å definere hva problemet handler om
- Å avgjøre om det skal reageres på problemet
- Å treffe beslutninger mellom ulike typer av hjelp
- Å igangsette, opprettholde eller avslutte tjenesten (Hansen, 2007, s. 112).

Å undersøke hvorvidt det er brukermedvirkning tilstede krever det at man ser på om modellen følges og om brukeren deltar i de ulike fasene. En eventuelt problemstilling er sentral ved de tre første fasene. Brukeren delta i å definere om dataene er relevant og avgjør hvilke type problem, som eventuelt er tilstede. For å oppnå brukermedvirkning må brukeren komme frem med sine vurderinger innenfor diagnosefasene. Videre i neste fase kan det forventes at tjenesteyterne deltar i å beslutte ulike tiltak. Dette for at brukeren får mulighet

til å treffe reelle valg mellom tiltakene. Den siste fasen handler om at tjenesteyterne og brukeren blir enige om hvordan de konkrete tiltakene skal utformes og iverksettes. Brukeren får også i oppgave å evaluere tiltakene og melde tilbake til tjenesteyterne (Hansen, 2007, s. 112-113).

2.1.2 Brukermedvirkning – glideskala

For å få bedre forståelse av begrepet brukermedvirkning kan det beskrives ved hjelp av en glideskala. Allerede tilbake i 1969 utviklet Sherry R. Arnstein en glideskala i åtte trinn. Denne beskrev graden av brukermedvirkning. Siden da har flere forfattere utarbeidet sine egne skalaer for brukermedvirkning (Hansen, 2019, s. 50). Jeg har valgt å bruke glideskalaen til Hansen (2001). Denne glideskalaen inneholder fire punkter og går fra liten grad av brukermedvirkning til stor grad av brukermedvirkning. Punktene i skalaen er:

Brukerperspektiv, brukerdeltakelse, brukerinnflytelse og brukerstyring (Hansen, 2007, s. 104-105)

Ved *brukerperspektiv* er det tjenesteyteren som definerer hvilke behov brukeren har og hvordan disse ivaretas på best mulig måte. Brukeren deltar ikke aktivt i beslutningsprosessen og bestemmer altså ikke noe selv. I noen somatiske tilfelle fungerer dette fint. Et eksempel er hvis bruker faller og slår armen. Her er det lege som vurderer om den er brukket. Dersom armer er brukket, er det legen som bestemmer om armen skal i gips eller brukeren vil ha større effekt av en annen behandling (Hansen, 2007, s. 104-106).

Det er også tilfelle hvor brukeren får være med i beslutningsprosessen, men det er tjenesteyter(ne) som tar den endelige beslutningen over hvilke tiltak som skal iverksettes. Dette kalles *brukerdeltakelse*. Dette gjelder ofte i standardiserte tjenester, eksempelvis reglebestemte ytelser hvor bruker har rett til å uttale seg. Men til slutt er det tjenesteyter(ne) som har retten til å konkludere om det er grunnlag for tjenesten. Brukeren kan derved ytre sine synspunkter og fremme argumenter, men retten til å ta den endelige beslutningen legger hos tjenesteyter(ne). Dette kan innebærer at ressurssterke brukere med kunnskap og god formuleringsevne, vil ha større innflytelse enn brukere som ikke kan presentere saken sin like godt (Hansen, 2007, s. 104-106).

Brukerinnflytelse er der hvor brukeren både deltar i og har reell innvirkning på beslutningene som treffes. Brukeren gis dermed myndighet til selv å ta avgjørelser. Tjenesteyteren kan ikke

overprøve valgene, som brukeren treffer, innenfor gitt rammer. Har brukeren for eksempel valget mellom to løsninger, men som brukeren mener er utilfredsstillende betegnes dette som begrenset brukerinnsflytelse. Brukerens innflytelse avhenger derfor av rammene som settes.

Ren *brukerstyring* er hvor det er lite eller ingen rammer. Her er det kun brukeren som treffer beslutninger og tjenesteyter(ne) som skal utføre tjenestene (Hansen, 2007, s. 104-106).

2.2 Brukerråd og oppgaver

Brukerrådet skal fungere som et rådgivende organ for ledelsen. Det er stor variasjon på brukerrådenes mandat. Andreassen (2007) har i en studie beskrevet tre hovedoppgaver som inngår i et brukerråd:

- Samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og brukere
- Rådgivning til helse- og omsorgstjenesten
- Systematisk tilbakemelding om brukererfaringer

Punkt en og to er på mange måter like da begge inneholder oppgaver, som består av å bidra med kunnskap, erfaring og perspektiv. Men den rådgivende funksjon skiller seg ut ved at brukerrepresentantene og utvalgene selv tar stilling til, og har en mening om, hvordan erfaringene fra brukerne kan medvirke til nye tiltak. Ved systematisk tilbakemelding om brukererfaring skapes det en kanal, der hvor brukererfaringen når frem til brukerrådet. Brukernes opplevelser skal ikke bearbeides til endringsforslag, men bidra til at tjenesteyterne selv kan omsettes brukererfaringer til endringer i virksomheten (Andreassen, 2007, s. 54).

Ser man nærmere på brukerrådets funksjon har rådet ytterligere til oppgave å fremme interessene til brukerne, bidra til utvikling og kvalitetssikring av tjenestene (Andersen, 2011 s. 31). Det erfares ofte at brukerrådet skal uttale seg om saker som helse- og omsorgstjenesten har på agendaen, men kan også ta opp saker på eget initiativ. Brukerrådet

skal ikke drøfte enkeltsaker. En enkelt omhandler en bestemt bruker (Andreasen, 2005, s. 45-46).

For at et brukerråd skal være velfungerende skal det være tre faktorer tilstede: 1) brukerrådet skal få informasjon og bli involvert av tjenesteyteren. Rådsmedlemmene skal ha en forståelse for og se mening med å ha et brukerråd. 2) brukerrådet skal utvise forståelse for rammebetingelsene og brukerrådet må forstå rollen sin som rådgiver. 3) alle brukerrådet representanter skal i hovedsak være fornøyde (Andersen, 2011 s. 12).

2.3 Samproduksjon av tjenester

Begrepet samproduksjon stammer fra nobelprisvinner i økonomi, Elinor Ostrom, da hun i begynnelsen av 1970-tallet studerte offentlig reformpolitikk i amerikanske byer. Det fremkom i studiene hennes, at uten aktiv medvirkning fra brukerne, ville mange offentlige tjenester ikke kunne fungere. For å beskrive relasjonene mellom tjenesteyterne og brukerne ble «co-production» (samproduksjon) en fellesbetegnelse (Askheim, 2016, s. 24-36).

I politikken og i faglitteraturen om offentlig tjenesteproduksjon har begrepet samproduksjon oftere og oftere dukket opp i de seneste år. I dag er samproduksjon blant annet knyttet til samhandling mellom tjenesteyterne og brukerne, pårørende, frivillige organisasjoner og sivilsamfunnet, som har en aktiv rolle i samproduksjonen av tjenester. Brukerne har rett til å kunne påvirke tjenester som angår dem, da de anses som kompetente og fullverdige samfunnsborgere. Med deres kompetanse og ressurser kan tjeneste forbedres. Gjennom gjensidige relasjoner mellom brukerne og tjenesteyterne i velferdsproduksjonen vil tilliten og samholdet økes, nye relasjoner og et nytt verdifelleskap skapes. Det beskrives også i «Omsorgsmeldinga» (Meld. St. 29 (2012-2013) at et sterkt velferdssamfunn skapes sammen med borgerne. Tilliten til at innbyggerne selv vil ta ansvar og delta aktivt i fellesskapet må bygges opp.

Grunnet øket oppmerksomhet på samproduksjon har det også vært nødvendig at statlige myndigheter bidrar til nye organisasjons- og samarbeidsmodeller, som er påkrevet for å opprettholde et bærekraftig velferdssamfunn. Det er nødvendig at andre og flere aktører

deltar i produksjonen av for eksempel omsorgstjenester, på grunn av svekket offentlig økonomi kombinert med en aldrende befolkning (Askheim, 2016, s. 24-36).

Stortingsmeldingen «Mestring, muligheter og mening» påpeker flere fremtidsutfordringer innenfor helse- og velferdssektoren: med årene vil det være flere eldre med hjelpebehov, det vil være mangel på frivillige omsorgsyter og på helse- og sosialpersonell, manglende samhandling og medisinsk oppfølging samt mangel på aktivitet og dekning av psykososiale behov (St.meld., 2005-2006, s. 9-11). Kommunene står overfor bærekraftige utfordringer, da behovet for tjenester vil øke, ifølge St. meld. Nr. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*.

I arbeidet med å skape innovasjon i offentlig sektor, og i særdeleshet i velferdssektoren, står samproduksjon frem som et kjernebegrep og omtales i denne sammenheng også som sosial innovasjon. Sosial innovasjon handler om å møte utfordringer gjennom nye organisasjonsformer, aktiviteter og samhandlingsreformer. Innbyggerne mobiliseres til å være aktive deltakere i innovasjonsprosessen. Gjennom samspill mellom det offentlige og aktører som pårørende, naboer, frivillige, foreninger og private virksomheter kan det skapes bedre velferdsløsninger. Sosial innovasjon handler om å mobilisere og dra nytte av de ressursene som er utenfor den offentlige sektor og som kan bidra til å skape nye og bedre løsninger for samfunnet (Askheim, 2016, s. 24-36).

Samproduksjonstenkningen kan avhjelpe med tre fremtidige utfordringer: 1) Demokratiske argumentasjon er å benytte seg av brukernes kompetanse og utfyllende ekspertise skal anerkjennes og verdsettes. Det samme er gjeldende for ressursene fra familie, nettverk, frivillige, organisasjoner og sivilsamfunnet. De oppleves som likeverdige aktører gjennom et medborgerperspektiv. 2) Kvalitetsargumentasjonen er å involvere flere aktører som også medvirke til økt kvalitet i tjenestene, da tjenestene vil bli tilpasset enkeltindividet. 3) Økonomisk argumentasjon er nødvendige tiltak for velferdsstaten ikke skal bryte sammen. I et samproduksjonssyn vil dette være nye måter å organisere tjenestene på og samhandlingen mellom forskjellige aktører (Askheim, 2016, s. 24-36).

Politiske føringer i Norge legger opp til at brukermedvirkning skal skje gjennom samproduksjon. Brukeren skal ikke kun ha innvirkning på tjenestene de mottar, men skal ses

som viktige aktører gjennom forskjellige faser av tjenestelevering, som planlegning, utforming og tildeling. Beslutningsprosessen utføres av tjenesteytere og brukere gjennom et partnerskap for å ivareta brukermedvirkning (Hansen, 2019, s. 51-53).

2.3.1 Utfordringer ved samproduksjon

Ord som ofte går igjen når det er tale om samproduksjon er samarbeid mellom den offentlig forvaltning og deltakende aktører, hvor ofte det blir fremstilt felles mål og interesser om gode helhetlige tjenester og løsninger. Derimot kan det settes spørsmålstegn ved om hvorvidt de ulike aktører har samme forventning og motivasjon i samproduksjonsprosessen. Prosessen kan kompliseres grunnet ulike interesser. Relasjoner i samarbeidet kan ofte oppleves som spenningsfylt og utfordrende (Askheim, 2016, s. 24-36).

Det vil være forskjell på hvor mye en aktør vil investere i en samproduksjon. Dette vil være avhengig av hvor mye nytte aktøren forventer at investeringen skal gi. En aktør kan være opptatt av personlig utbytte og hvilken betydning det aktuelle tjenestetilbudet vil ha samt hvordan det vil fungere best for en selv. En annen aktør kan oppleve samproduksjon som et fellesskap og at innsatsen verdsettes. Samtidig vil aktøren bruke sin kompetanse og sine ressurser og kanskje utvikle nye ferdigheter (Askheim, 2016, s. 24-36).

Frivillig arbeid er viktig for samproduksjon og for i hvor høy grad vi stiller opp for hverandre i nærsamfunnet. Selv om engasjementet er stort i starten, viser studier at frivilligheten kan endre karakter. Det er ikke mange som gjør omfattende frivillig arbeid. Det er en nedadgående interesse blant innbyggerne for å delta i frivillige organisasjoner som ivaretar overordnede samfunnshensyn og verdier. Økt fokus på individualisering ses som en av årsakene til dette. Frivillighet omhandler i stor grad om individuell selvrealisering, som bidrar til å øke egne kvalifikasjoner eller å styrke selvfølelsen. Det er bare 10 prosent av alt frivillig arbeid som foregår i helse- og omsorgssektoren (Askheim, 2016, s. 24-36).

En annen utfordring som ved samproduksjon er pårørendes rolle som aktør og arbeidspartner. Omsorgspolitikken vektlegger at det fremover må utvikles nye samarbeidsmåter med pårørende. Årsaken er manglende frivillighet og vansker med rekruttering av helsepersonell. Familiene vil bli viktige ressurser i fremtiden, særlig med tanke på økende aldring i befolkningen (Askheim, 2016, s. 24-36).

2.4 Beslutningsprosess

Som nevnt tidligere finnes det mange definisjoner av brukermedvirkning, men felles er at brukermedvirkning handler om å ha mulighet for å påvirke beslutninger eller tjenester (Austvoll-Dahlgren & Johansen, 2013, s. 226). For at brukeren skal ha mulighet til reell innflytelse på beslutninger, avhenger brukermedvirkningen av hvordan beslutningsprosessene er organisert (Hansen 2019, s. 46). Ved en beslutningsprosess forventes det at den skal gi mulighet for å velge den beste løsningen, kalt en rasjonell beslutningsprosess. Utgangspunktet for en slik prosess er en problemformulering, altså en oppgave som skal løses. Første steg er å analysere seg frem til hva slags oppgave man står over for. Når man har funnet frem til hva som er problemet, finner man frem til en ønskelig løsning og dernest formuler målsetningen. På bakgrunn av målsetningen undersøkes det hvilke alternativer som finnes (for å løse problemet) – altså hvilke tiltak som skal iverksettes for å nå målet. Dette krever at alle alternativene vurderes for dernest å velge det mest gunstige alternativet. Om valgte løsningen ga det beste resultatet vurderes i ettertid (Hansen 2019, s. 52).

Beslutningsprosessen kan på denne måten deles opp i følgende seks punkter (Hansen 2019, s. 52).:

- 1) Analyse/problemformulering
- 2) Målformulering
- 3) Hvilke alternativ finnes?
- 4) Vurdering av alternativ
- 5) Valg av løsninger/tiltak
- 6) Evaluering

3.0 Metode

I dette kapittel presentere jeg hvordan jeg har planlagt og utført forskningsprosessen. Jeg redegjør for valget av en kvalitativ metode framfor kvantitativ. Videre redegjør jeg for hvilke vurderinger som ligger bak valget om å gjennomføre intervju. Deretter beskriver jeg mine refleksjoner omkring intervjuguiden, gjennomføring av intervjuer, fremgangsmåten med transkribering og analyse. Videre har jeg også utført dokumentanalyse og observasjonsreferat som jeg beskriver til slutt.

3.1 Forskningsdesign

For å kunne besvare oppgavens problemstilling måtte jeg utarbeide en plan, en form for prosjektbeskrivelse, for å få frem de mest sentrale elementene og sikre gjennomføring av mitt forskningsprosjekt. Planen ble til ut fra flere overveielser om hvordan jeg på best måte ville kunne forske i menneskets ulike tanker, handlinger og verdier og som til slutt ble utformet til et forskningsdesign.

Jeg benyttet meg et deduktivt design i starten av prosessen. Formålet med å gjøre bruk av en deduktiv tilnærming var å integrere teori og empiri og derved utlede det generelle til noe mer konkret. (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016, s. 46). Dette var en fin måte å få et teoretisk utgangspunkt og for å få forståelse av temaet og nøkkelbegreper. Jeg hadde enda ikke egen empiri, men med teoretisk viten kunne jeg starte arbeidet med forskningsspørsmål og intervjuguide basert på mine teoretiske antakelser.

Min første teoretiske retning var *brukermedvirkning* hvor det fantes mye teori om emnet. Da oppgaven min handler om brukermedvirkning på *systemnivå* var dette det neste jeg søkte, men oppdaget at det var lite teori som belyste dette. Videre var jeg interessert i brukerråd og deres oppgaver. Derneft måtte jeg undersøke hvordan samarbeidet i et brukerråd kunne forklares. Jeg valgte å se på *samproduksjon*, hvor jeg tar utgangspunkt i Askheim (2016) og Hansen (2007) artikler og studier. På bakgrunn av brukerrådets funksjon som et beslutningsorgan, valgte jeg *beslutningsprosess*, som den siste teoretiske retning.

3.2 Kvalitativ metode

For å få innsikt i bruken av brukermedvirkning på bruker-/pårørenderådene, og hvilken betydning dette har for tjenestene til sykehjemsbeboere, mente jeg det var mest hensiktsmessig å benytte kvalitativ metode. Ved å intervju representanter i bruker-/pårørenderådene fikk jeg kunnskap om deres opplevelser og refleksjoner om i hvor stor grad brukermedvirkning er tilstede i rådet. Den kvalitative metode er ikke opptatt av tallmateriale, som forklarer for eksempel utbredelse og årsakssammenhenger, men derimot av å forstå menneskets oppfattelse av verden (Johannessen et al., 2016, s. 95). Det gir derfor mulighet til å fordype seg innenfor et område for å forstå den sosiale virkelighet som vi befinner oss i (Brottveit, 2018, s. 60).

3.3 Intervju

Den kvalitative metoden «intervju» var, som sagt, et opplagt valg for datainnsamling ut fra oppgavens problemstilling. Ifølge Thagaard (2018) er det intervju som er best egnet til å gi forskeren innsikt i menneskers erfaringer, oppfatninger og følelser. Hensikten er å forstå eller beskrive det tema som det ønskes en detaljrik kunnskap om, og oppnå en fyldig informasjon gjennom informantens synspunkter og perspektiver. Et intervju er ofte en samtale mellom forsker og informant. Intervjumetoden gir en nærhet til informanten, som igjen fører til at informanten har større mulighet for å uttrykke seg enn ved bruk andre metoder, for eksempel spørreskjema eller observasjon. Å bruke denne kvalitative metoden vil gi forskeren mulighet for å utarbeide et materiale som gjengir informantens fortelling så nøyaktig og ordrett som det lar seg gjøre (Brottveit, 2018, s- 65-68).

Det finnes flere intervjuformer. Intervjuformen som egnede seg best til mitt studie var et halvstrukturert intervju. Denne intervjuformen gir anledning for individuell utdypning fordi forskeren har større frihet til oppfølgende spørsmål. Dette er spørsmål som ikke nødvendigvis var planlagt før intervjuets start. Jeg hadde på forhånd fastlagt temaene, som jeg ønsket å spørre om, ut ifra min forforståelse og teoretiske grunnlag. Vesentlig begrunnelse for å bruke kvalitativ metode er at prosjektets design må gi mulighet til fleksibilitet underveis. Et halvstrukturert intervjuet kan i større grad belyse et tema fra flere mulige innfallsvinkler og samtidig beholde en felles struktur i intervjuene (Brottveit, 2018, s. 93).

3.4 Intervjuguide

Jeg ønsket at intervjuene med informantene skulle utføres i en-til-en-intervju og jeg måtte derfor utarbeide en intervjuguide. Spørsmålene ble utarbeidet ut ifra oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål, hvor spørsmålene ble inndelt i temaer. Spørsmålene hadde derfor en bestemt rekkefølge i intervjuguiden, men kunne endres på om det ble naturlig under intervjuene (Johannessen et al., 2016, s. 149). Jeg utarbeidede flere utkast til en guiden og fikk veiledning underveis, for å sikre at spørsmålene ikke var ledende eller formulert på måte slik at spørsmålet kunne skape forvirring. Jeg formulert åpne spørsmål for å gi rom for utdypende informasjon fra informantene. Det kan være en fordel å gjennomføre noen testintervju før intervjuene til prosjektet finner sted (Johannessen et al., 2016, s. 155). Jeg hadde derfor testintervju av to studenter i min studiegruppe. Disse intervjuene er ikke en del av mitt forskningsmaterialet, men ga øvelse i forskerrollen. Under testintervjuene ble jeg oppmerksom på noe små justeringer, som jeg måtte endre for å få mer utdypende svar. På dette tidspunktet hadde jeg ikke tenkt over betydningen av intervjuguidens layout, men fant ut at jeg måtte ha en mer ryddig oversikt over spørsmålene. Dette for å bedre kunne følge med på hvilket spørsmål som var det nest. For å få en ryddig oversikt ble mine 25 spørsmål inndelt i fire temaer: Bakgrunnsopplysninger, bruker-/pårørenderåd, brukervedvirkning og avslutning. Et eksempel på et spørsmål fra temaet «bruker-/pårørenderåd» er: Hvordan vil du beskrive deltakelsen på bruker-/pårørenderådsmøtene blant medlemmene? Et annet eksempel fra temaet «brukervedvirkning» er: Hvordan ivaretas brukervedvirkning gjennom bruker-/pårørenderådet? Jeg brukte samme intervjuguide til alle informantene i denne studien.

3.5 Utvalgelse av informanter og rekruttering

En viktig del av all samfunnsforskning er utvalget av hvem som skal delta i undersøkelsen. Utvalget styres av problemstillingen og hvem som er mest egnet til å belyse problemstillingen (Johannessen et al., 2016, s. 113-114). Jeg hadde et ønske om å intervju 5-6 informanter som var representanter i bruker-/pårørenderådene med ulike roller. Jeg ønsket å intervju en virksomhetsleder, da denne personen har en lederrolle i bruker-/pårørenderådet og setter dagsordenen for møtene. I tillegg ville jeg intervju to avdelingssykepleiere, da de har et overordnet ansvar for å legge til rette for

brukermedvirkning på deres respektive avdelinger. Samtidig har avdelingslederne stor kunnskap om daglig drift, rutiner på sykehjemmene, forhold for beboere og ansatte og kunne derfor komme inn på om sakene, som ble meldt inn til rådet, var reelle for å fremme brukermedvirkning og trivsel på sykehjemmene. En sykepleier er tett på flere av sykehjemmets beboere. Jeg ønsket derfor å intervju en sykepleier for blant annet å få sykepleierens oppfattelse av om beboerne på sykehjemmet kjente til bruker/pårørenderådets eksistens og funksjon. Til slutt ville jeg intervju en pårørende som ikke hadde erfaring med sykehjemmenes drift og rutiner og om han/hun hadde samme forståelse for hensikten med bruker/pårørenderådene. Jeg valgte ikke å intervju beboere på sykehjem, da det kunne bli en utfordring å finne sykehjemsbeboere som var funksjonsfriske til å svare. Min utvalgsstrategi av informanter kan derfor kalles strategisk utvelgelse, da jeg på forhånd hadde bestemt meg for hvilke målgrupper jeg skulle intervju for å samle ønsket data.

Jeg fikk kontaktopplysninger til virksomhetsledere på omsorgssentrene av etatsjefen i kommunen. Jeg skrev til de på mail om prosjektet mitt og at jeg trengte informanter til intervju. Virksomhetslederne videresendte tidligere møtereferater, slik at jeg også fikk vite navne på representantene i bruker-/pårørenderådene. En virksomhetsleder meldte også tilbake at hun kunne være informant. Deltakere som var ansatte i kommunen kontaktet jeg via jobbmail og fikk raskt svar av to avdelingssykepleiere og en sykepleier. De ville gjerne stille opp til intervju. Jeg fikk et tips av en virksomhetsleder om en pårørende som kunne være interessert i delta. Jeg fikk derfor hennes mailadresse og sendte henne en forespørsel om å være informant i mitt forskningsprosjekt. Etter noen dager fikk jeg svar om at hun gjerne ville intervjues. Informantene er fra to forskjellige bruker-/pårørenderåd i samme kommune.

3.6 Gjennomføring av forskningsintervju

I forkant av datainnsamlingen søkte jeg om godkjenning av studiet til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste, referansenummer: 657266 (se vedlegg 1).

Informantene fikk selv mulighet til å velge hvor intervjuet skulle foregå samt dato og tidspunkt. Alle utenom den pårørende valgte å la seg intervju på arbeidsplassen sin. En informant ønsket at intervjuet skulle være på min arbeidsplass.

Før intervjuene startet leverte jeg informasjonsskriv (se vedlegg 2) og innhentet samtykkeerklæring (se vedlegg 3) fra hver av informantene. Jeg informerte om at informantene kunne trekke seg fra studien, når som helst, uten å måtte begrunne hvorfor. Jeg informerte om at intervjuene ble tatt opp på diktafon, men at informantene ville være anonyme i studien og at lydopptaket ville slettes etter transkribering. Jeg hadde med notisblokk i intervjuene for å skrive ned eventuelle iakttagelser av kroppsspråk eller oppfølgingsspørsmål som jeg skulle huske. Jeg endte opp med ikke å bruke notisblokken fordi jeg opplevde at den ble et forstyrrende element under intervjuene. Jeg ønsket å fremstå tilstedeværende og interessert i det informanten hadde å fortelle. Kroppsspråk og andre uttrykk noterte jeg rett etter ferdig intervju for ikke å glemme inntrykkene mine. Alle intervjuene tok mellom 40 og 50 minutter.

Alle intervjuene ble foretatt i september 2019.

3.7 Transkribering

Transkribering av intervjuene ble gjennomført fortløpende. Det var en langsommelig prosess, da jeg ønsket å transkribere intervjuene mest mulig ordrett, da det, ifølge Thagaard (2018) vil medvirke til få mest fyldig informasjon om samtalen mellom informant og forsker. Det vil derved bli et mere strukturelt materiale, som har bedre egnethet for analyse (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 208-212). Jeg skrev også gjentakelser og detaljer som for eksempel «eh» og «hmm» for at få frem flest mulig nyanser av intervjuet. Etter transkriberingen var utført hørte jeg intervjuene igjen, samtidig med at jeg fulgte med i det transkribert materiale, for å kvalitetssikre at jeg hadde fått med meg alle detaljer i intervjuet.

3.8 Analysestrategi – tematisk analyse

Etter intervjuene var transkribert hadde jeg mye råmateriale. Neste steg var derfor å utvelge en metode for å analysere materialet. Jeg valgte å gjøre bruk av en tematisk analyse, som er en metode hvor man ut ifra innsamlede data identifiserer, analyserer og rapporterer. Via

temaene er det er mulig å fange opp viktig data, som er relatert til problemstillingen og forskningsspørsmål og derved få frem noen mønstre eller meninger som finnes i dataene. Metoden kan derved gi en oversikt av informantenes erfaringer og synspunkter. Som kvalitativ forsker er tematiske analyse den første metoden man bør lære. Årsaken til dette er at metoden er enkel å lære for uerfarne forskere. Videre er metoden enkel å gjennomføre, den gir grunnleggende ferdigheter som vil være til nytte ved videre kvalitativ forskning. Da jeg har lite erfaring innenfor kvalitativ forskning har jeg derfor valgt å benytte den tematiske analyse.

3.9 Forberedelse, koding, kategorisering og rapportering

Den tematiske analysen er inndelt i 4 faser: forberedelse, koding, kategorisering og rapportering. I *forberedelsesfasen* var det første jeg gjorde å skrive ut alle intervjuene på papir og lese intervjuene grundig. Dette for å bli godt kjent med materialet. Jeg tok samtidig notater underveis når det kom interessante uttalelser.

Jeg gikk deretter videre til neste fase *koding*. Jeg leste hvert om intervju igjen, men benyttet underveis fargekoding for hvert forskningsspørsmål og etterhvert tema.

Forskningsspørsmålene fikk hver sin farge. Jeg fargela sitater, som var relevante for det enkelte forskningsspørsmål, samt at jeg skrev ned refleksjoner underveis. Denne prosessen ble gjort flere ganger med alle intervjuene. Dette for å være sikker på at jeg ikke hadde oversett relevant data og for å få bedre oversikt.

I *kategoriseringen* skulle dataene, som nå var kodet, sorteres i temaer. Jeg opprettet nye dokumenter med hvert sitt tema, som igjen ble systematisert ut ifra forskningsspørsmålene, men jeg la også betydelig vekt på oppgavens problemstilling. Jeg opplevde kategoriseringsfasen som uoversiktlig i starten, men det var også spennende å få mere systematikk i dataene.

I siste fase *rapportering* skal det fremkomme en beskrivelse med funn under hvert tema. Jeg arbeidet videre med dokumentene fra kategoriseringen for å få frem en oppsummering av mine funn.

3.10 Dokumentanalyse

En annen kvalitativ forskningsmetode, som jeg har benyttet meg av, er dokumentanalyse. Dokumentanalyse innebærer å analysere eksisterende dokumenter og omtales som en type kvalitativ innholdsanalyse (Johannessen et al., 2016, s. 99). Dokumentene jeg ville analysere var fem tidligere møtereferater fra tre bruker-/pårørenderådene, i perioden juni 2018 til februar 2019. Informantene som deltok i mine kvalitative intervju er også representanter i to av disse bruker-/pårørenderådene. På denne måten kunne jeg få en bedre innsikt i saker som ble tatt opp i møtene, hvordan ansvar mellom bruker-pårørenderådets representanter ble fordelt og få innsikt i meningene til representantene. Ved å analysere dokumentene ville jeg få data, som kunne belyse prosjektets problemstilling og forskningsspørsmål.

Før jeg kunne starte med å analysere dokumentene måtte jeg finne ut hvilken type disse dokumentene var og hvilken form og innhold disse bestod av. Av type dokumenter finnes det primærkilde, sekundærkilde og tertiærkilde (Johannessen et al., 2016, s. 100-101). Referatene av bruker-/pårørenderådenes møter er av typen primærkilde. En primærkilde innebærer at dokumentet ikke bygger på andre kilder, men at dokumentet er den eldste kilde. Dokumentets form kan deles inn i skriftlige dokumenter, visuelle dokumenter eller lyddokumenter. Da møtereferatene er nedskrevet, er formen skriftlige dokumenter. Dokumentene viser meningsytringer av bruker-/pårørenderådenes representanter.

For videre analyse brukte jeg samme metode, som for analyse av intervju, *den tematiske analysen*. Fremgangsmåten står beskrevet i avsnittet «Forberedelse, koding, kategorisering og rapportering».

3.11 Observasjon

Jeg tok kontakt med en virksomhetsleder i kommunen, som var med i et bruker-/pårørenderådet og spurte om jeg kunne få delta og observere et bruker-/pårørenderådsmøte. Dette fikk jeg lov til og deltok i et bruker-/pårørenderådsmøte i april 2019. Formålet var å samle data, som supplement til intervjuene jeg foretok, gjennom observasjon og gjøre iakttagelser av hvordan bruker-/pårørenderådsmøtene foregikk. Data og kunnskap som innsamles fra observasjon er ofte ikke mulig å anskaffe ved intervju og det kan derfor være fruktbart å kombinere disse to kvalitative metodene (Brottveit, 2018, s. 103).

Det finnes flere former for observasjon. Jeg valgte *ikke-deltakende observasjon*, som medførte at jeg som forsker var tilstede og observerte, men uten interaksjoner med deltakerne under brukerrådsmøtet (Brottveit, 2018, s. 100-102). Jeg hadde et ønske om å være «en-flue-på-veggen» og oppleve det sosiale samspillet og samarbeidet i gruppen som observatør.

Før møtet startet informerte virksomhetsleder om hvem jeg var og formålet med min tilstedeværelse. Jeg tok nøye notater underveis i møtet og hadde inndelt notene i fire områder (Johannessen et al., 2016, s. 138-140).

- Observasjonsnotater: Rekkefølge på hendelsene og temaene i møtet
- Metodenotater: Her skrev jeg ned notater som kunne brukes videre som prosjektmetode.
- Teoretiske notater: Før møtet hadde jeg allerede påbegynt arbeidet med kunnskapsgrunnlaget og valg av teori. Jeg kunne derfor underveis i møtet skrive ned om det var koblinger mellom det jeg observerte og den kunnskap jeg hadde på daværende tidspunkt.
- Personlige notater: Underveis skrev jeg også mine personlige observasjoner og refleksjoner om spesifikke situasjoner.

Notatene renskrev jeg på data, samme dag, samt at jeg gjorde utfyllende notater mens det var friskt i minne. Også her brukte jeg de fire fasene i den tematiske analysen for videre bearbeiding av data.

4.0 Presentasjon av funn

I dette kapitlet presenterer jeg mine funn fra intervjuer med representanter fra to bruker-/pårørenderåd. Videre presenterer jeg funn fra dokumentanalyse fra fem møtereferat; tre bruker-/pårørenderåd fra forskjellige sykehjem og observasjonsstudiet jeg gjorde i et bruker-/pårørenderådsmøte. Når jeg i neste kapittel vil drøfte problemstillingen, vil funnene som presenteres her være sentrale. Jeg har valgt å inndele kapitlet etter mine to forskningsspørsmål:

- Hvordan er bruker-/pårørenderådet organisert og opplever brukerrepresentantene en felles funksjon av rådet?
- Hva fremmer og hemmer samproduksjon i et brukerråd-/pårørenderåd og bidrar rådet til reel brukermedvirkning for sykehjemsbeboerne?

4.1 Hvordan er bruker-/pårørenderådet organisert og opplever brukerrepresentantene en felles funksjon av rådet?

4.1.1 Funksjon

I forbindelse med bruker-/pårørenderådets generelle funksjon var det opplagt å spørre informantene om hvilke tanker de hadde om rådets funksjon. Dette for å få innsikt om informantene hadde samme intensjon og formål med bruker-/pårørenderådet. I spørsmålet om hva informantene ønsker å oppnå gjennom møtene i bruker-/pårørenderådet viser funnene at det var bred enighet om at et av formålene var brukermedvirkning. Informantene mente at bruker-/pårørenderådet kan bidra til å ha økt fokus på brukermedvirkning i samarbeid med pårørende.

Jeg tenker formålet jo er brukermedvirkning (1)

Funn i møtereferater bekrefter også informantenes utsagn om at bruker-/pårørenderådet blant annet har til formål å øke brukermedvirkning på systemnivå.

Videre viser funnene andre formål som at bruker-/pårørenderådet skal fungere som høringsinstans i saker som har betydning for beboerne, ta initiativ for å få i stand best mulig omsorgstilbud og bidra til å at planlagte velferds – og trivselstiltak blir iverksatt. I studien

fremgår det også at bruker-/pårørenderådet skal fungere som et rådgivningsorgan for institusjonens ledelse. Dette bekreftes også gjennom intervjuene, hvor informantene i stor grad opplever at bruker-/pårørenderådet benyttes av etaten/virksomheten til å gi informasjon om drift og organisering. En av informantene sier:

Vi bare hatt to møter så langt og de har vi brukt på informasjon egentlig ... Budsjettet er lagt, så det blir jo mye sånn, hva skal jeg si, drift, saker, mye informasjon selvfølgelig om driften og også sånn litt overordnet i forhold til organisering og hvis det liksom er store endringer og sådan, så tenker jeg at det jo er veldig greit å gi ut den informasjonen (3)

Resultater fra studiene viser at gjennom det store fokuset på formidling av informasjon opplever informantene nettopp dette som selve hovedfunksjonen i bruker-/pårørenderådet. Det er spesielt informasjon til pårørende fra etaten/virksomhetene som bruker-/pårørenderådet ønsker å oppnå med deres møter. Et eksempel på funn som bekrefter dette er i et møtereferat, der det er listet opp fire punkter som ble tatt opp i møtet:

- Informasjon om pasientsikkerhet-/forbedringstavler
- Informasjon om virksomhetsplan
- Gjennomgang av pårørendeundersøkelse
- Eventuelt

De tre første punktene er informasjonssaker, hvor det ikke var tilføyd tilbakemelding fra øvrige bruker-/pårørenderepresentanter. Ved eventuelt punktet ble det tatt opp to ytterligere informasjonssaker. I tillegg ble en sak fra en representant som etterlyste utstyr til vask av gulv på sykehjem tatt opp. Spørsmålet var dersom det skulle oppstå spesielle behov for vask i helgen. Det er ikke ordinært renhold i helgene.

4.1.2 Saker i bruker-/pårørenderådet

Gjennom bruker-/pårørenderådet er det tiltenkt at alle beboere, pårørende og ansatte skal ha mulighet for å komme med informasjon og saker. Det er representantenes oppgave å innhente sakene, som videre skal vurderes i bruker-/pårørenderådet. Jeg spurte alle informantene om hvordan sakene meldes inn til brukerrådet. I et av bruker-/pårørenderådene forteller en informant at de har en posthylle, hvor man kan legge en sak, som ønskes skal tas opp i bruker-/pårørenderådet. Det er da virksomhetsleder som samler

opp sakene som kommer inn. Beboere og pårørende kan også ta direkte kontakt med en av representantene i bruker-/pårørenderådet, som da skal videreformidle saken. I det andre bruker-/pårørenderådet er det hengt opp en postkasse på sykehjemmene, som er merket med «saker til bruker-/pårørenderådet». Beboere, pårørende og ansatte kan skrive en sak og legge i postkassen. En informant forteller ytterligere at hvis det er saker som man ønsker å ta opp, er det satt av som et punkt på agendaen for i bruker-/pårørenderådsmøtene. Imidlertid har dette bare fått tildelt en lite plass i møtet:

Vi åpner jo også opp for en liten, sådan en eventuell post på de møtene og da tenker jeg at hvis det er noe man brenner for så eller det er et eller annet man vil ta opp, så sier jeg jo ikke det ikke er mulig å ta opp det (1).

Igjennom studien fant jeg ut at det i bruker-/pårørenderådene var forskjell på hvor ofte man ønsket å avholde møter. I et bruker-/pårørenderåd avholdes det møter omtrent 3-4 ganger i året, hvor et annet råd avholdt møter to ganger pr år. Funn viser at noen informanter hadde gjort seg tanker og bekymringer om for eksempel evaluering av eventuelle tiltak i en sak, når det bare avholdes møter hvert 6. måned:

Om det er nødvendig er det jo ikke sikkert det kan vente et halvt år med å ta den evaluering ... Spesielt da hvis der er tiltak som ikke fungerer, så kan man jo ikke vente et halvt år ... (4)

4.1.3 Ansvar og oppgaver

Funn i studien viser at noen ansvarsområder og rollefordelinger i bruker-/pårørenderådet er tydelige for informantene, mens det kan være tvil og uvitenhet ved andre ansvarsområder. Dette presenteres i dette avsnittet.

Bruker-/pårørenderådets oppgaver er ulike for virksomhetsleder og de øvrige brukerrådsrepresentantene.

Eksempler fra virksomhetsleders oppgaver er aktivt å presentere saker til behandling i bruker-/pårørenderådet og innkalle til møte minst to ganger i året. Andre funn bekrefter at det er stor enighet hos informantene at det er virksomhetslederen som har overordnede

ansvar for bruker-/pårørenderådets møter og for gjennomføringene av disse. Videre har virksomhetsleder ansvar for innholdet i agenda på møtene.

Et annet ansvar som de øvrige medlemmer i bruker-/pårørenderådet har, er å være representanter for sykehjemsbeboere eller deres pårørende og sørge for at det innhentes saker fra disse i forkant av møtene. Som tidligere nevnt viser funn i datamaterialet at informantene ser flere utfordringer ved ansvar og oppgaver i bruker-/pårørenderådet. Blant annet at de faktisk ikke mener, at det er oppført noen ansvarsområder for representantene og at det oppstår tvil om hva deres egentlig roller og ansvar er:

Vi har ikke helt klare definerte ansvarsområder (1)

En informant forteller at det oppfordres til at andre representanter i bruker-/pårørenderådet også kommer inn med saker til rådet. Jeg stiller et oppfølgingsspørsmål til informanten om det kun er bruker-/pårørenderådets medlemmer som oppfordres til dette. Til det svarer informanten følgende:

Det var vært sånn til å begynne med at det bare er brukerrådet som skal komme med saker (5)

Funn viser at det er ulike meninger fra informantene om hvorvidt det bare er representantene av bruker-/pårørenderådet som kan komme med saker eller om saker også kan innhentes fra sykehjemsbeboerne. En informant sier:

... da kan vi jo da melde inn saker, hvis vi ser det er saker, som kan være nyttig så tas de opp og det kan alle gjøre (4)

Videre viser resultater fra studien at ingen saker er meldt inn til bruker-/pårørenderådet i forkant av møtene, hverken gjennom representantene, virksomhetslederens posthylle eller postkassene.

Det påpekes fra en informant at hun opplever utfordringer med å synliggjøre bruker-/pårørenderådet for sykehjemmets beboere og deres pårørende. Ifølge informanten dette kan være årsak til at det ikke blir meldt inn saker. I min intervjuguiden hadde jeg et spørsmål om informantene tror at sykehjemsbeboere vet at det finnes et bruker-/pårørenderåd og hva rådet kan brukes til. Informantene uttrykker usikkerhet omkring dette, men det kommer frem fra en informant at alle sykehjemsbeboerne har fått informasjonsskriv om hva bruker-

/pårørenderådet er. Informasjonsskrivet er hengt opp på beboernes rom. Informanten sier videre at det er vanskelig å vite om beboerne har tatt til seg informasjonen om hva rådet handler om.

Ja, jeg må jo si at jeg ikke vet om alle ... ehh, hva skal jeg si, er godt informert om det. Ikke alle som kanskje klarer å forstå heller, dessverre (5)

En annen informant gjør seg tanker om hvordan det i fremtidens kan gis informasjon for å sikre at flest mulig vet om bruker-/pårørenderådet og hvordan dette kan brukes:

Men jeg tenker at vi må kunne informere enda mer enn det vi har gjort. Det tror jeg vi kunne ha vært bedre på. Vi kan bli flinkere på å informere kanskje til inntakssamtalen om brukerråd ... og kanskje prøve å forklare beboerne hva det går ut på (3)

Det er også sentralt å vite hvordan sykehjemsbeboerne og deres pårørende informeres om hva som er tatt opp på bruker-/pårørendemøtene. Informanter fra de to bruker-/pårørenderådene har ulike oppfatninger av hvordan, og om det kan løses. En informant opplyser for eksempel at referatene fra hvert møte blir hengt opp på en informantstavle på alle beboerrom. Informanten er allikevel usikker om beboerne om får med seg informasjonen og beskriver flere utfordringer:

Skriftlig informasjon er hengt opp på rommene og så er det jo ikke alle som klarer å forstå hva det går ut på. Det er klart at det jo også blir hengt mye annet opp å. Men den kontrollfunksjonen på om man har lest det som står der, har man lest det som står på tavla, det er vanskelig å svare på (3)

I det andre bruker-/pårørenderådet forteller en informant at det ikke finnes noe system for hvordan beboere får tilbakemelding om hva som tas opp på møtene.

Nei, jeg tror ikke det har vært noe referat, som vi fra noe møte har hengt opp noe sted, eller har noe system på (2)

4.1.4 Representantene og rekruttering

I bruker-/pårørenderådene er det forskjell på hvem som er representanter. I begge bruker-/pårørenderåd bestod representantene av virksomhetsleder, avdelingssykepleiere,

tillitsvalgte fra virksomheten, frivillige og pårørende. Flere av informantene beskriver at årsaken til at ikke beboere er med i bruker-/pårørenderådet er at de fleste beboere, som bor på sykehjem, har så store helsemessige utfordringer, blant annet demens, at de ikke vil kunne sitte i et bruker-/pårørenderåd og heller ikke ha forståelse for funksjonen samt ansvar og oppgaver. En informant forteller dette:

... for vi gjorde en vurdering på om vi hadde noen pasienter, som kunne være med på det rådet, men det fant vi ut, i fjor høst, at da hadde vi ikke noen aktuelle. For du skal ... dem er såpass dårlige at dem ... Vi har mange demente, at de ikke helt klarer å forstå hva det går ut på kanskje (3)

Da jeg observerte et bruker-/pårørenderådsmøte, var det i dette møte, to sykehjemsbeboere som var representanter. I funn fra observasjonsstudien viser det også her utfordringer med å ha sykehjemsbeboere i et slikt råd. De to sykehjemsbeboerne sa svært lite under møtet og svarte ofte med «vet ikke» eller «fint nok» når de fikk direkte spørsmål fra virksomhetslederen.

Det var ikke kun en utfordring å rekruttere aktuelle sykehjemsbeboere. Funn viser også at det var vanskelig og ressurskrevende å finne pårørende som ønsket å være representanter i bruker-/pårørenderådet.

Det var vanskelig å rektuere opplever vi. Det er veldig mange som ikke har tid og derfor ikke har mulighet da. Det er veldig mange som ikke har tid og kanskje ikke helse og derfor ikke har mulighet da. Så vi brukte lang tid på (1)

Det utales også:

Hun (virksomhetsleder) tok ganske mange telefoner før hun fikk noen napp altså (3)

Informantens utsagn støttes også opp av funn fra referat, som jeg har gjennomgått fra bruker-/pårørenderådernes tidligere møter. Det er flere ganger referatført at det er behov for pårørende som bruker-/pårørenderådsrepresentanter med et spørsmål om tjenesteyterne hadde forslag aktuelle kandidater. Virksomhetsleder har også tatt kontakt med pårørende og spurt om de vil delta i bruker-/pårørenderådet som representanter.

En annen utfordring i forbindelse med rekruttering er at en sykehjemsbeboer ofte har et komplekst sykdomsbilde og derfor kan oppholdet på sykehjemmet være av kort varighet.

Derfor blir det ofte utskiftning av beboer- og pårørenderepresentanter. Dette vil berøre kontinuiteten i rådene og rekrutteringsarbeidet er gjentakende.

... og så ser vi, ikke sant, hennes mor lever ikke lenger og hun har vært tydelig på at da kommer ikke jeg til å fortsette i et sånn brukerråd. Så da må vi begynne på nytt igjen til høsten da (3)

4.2 Hva fremmer og hemmer samproduksjon i et bruker-/pårørenderåd og bidrar rådet til reel brukermedvirkning for sykehjemsbeboerne?

4.2.1 Samproduksjon og samarbeidet i bruker-/pårørenderådet

Bruker-/pårørenderådet skal sees som en arena hvor representantene fra rådet sammen skal ha et samarbeide som blant annet å bidra til brukermedvirkning og økt tjenestekvalitet. Funn viser at det er enighet blant flere av informantene at igjennom bruker-/pårørenderådet kan man sammen få til dette.

Jo flere vi kan få engasjert i driften og virksomheten vår, jo bedre er det (1)

Selv om informantene mente at det var viktig å ha et bruker-/pårørenderåd, viste funn også utfordringer ved samproduksjonen som kommer inn på her.

Bruker-/pårørenderådet kan, som tidligere beskrevet, bestå av ansatte i virksomheten, frivillige, pårørende og eventuelt sykehjemsbeboere. Det skal være som en fordel at representantene kan dra nytte av hverandres ulike bakgrunn, kunnskap og innsikt. Noen informanter så ikke dette som en styrke i samarbeidet. En informant sa følgende:

Hvis det skulle komme en sak fra en pasient, da tar vi det opp i brukerrådet og prøver å svare på det vi kan der og da. De (pårørende) har spurt litt når vi har gått igjennom de forskjellige ting og har informert, så har de spurt litt, men det er jo litt å sette seg inn i for dem. Så det er ikke kommet så mange innspill enda (1)

Resultater av studien viser også at noen av informantene hadde bekymringer om fordelingen av representantene og om dette kunne ha en negativ konsekvens for det sosiale samspillet i bruker-/pårørenderådet. dersom fordelingen mellom ansatte i virksomheten og sykehjemsbeboere samt pårørende er skjevt fordelt, vil dette medvirke til at pårørende og

sykehjemsbeboerne i bruker-/pårørenderådet, kan bli utrygt for noen og derfor ikke vil ytre seg. Informanten forteller:

Vi blir så mange fra virksomheten på møtene. Vi er opptatt av at gruppen skal ... at det ikke skal bli så stort at man ikke tør si noe. Det skal være en gruppe hvor det er trygt og hvor man tør ta opp ting (2)

Funn fra observasjonsstudien viser at det er virksomhetslederen som styrer møtene fra start til slutt. Virksomhetsleder spurte underveis de øvrige representanter om deres meninger og erfaringer. Motstridende funn, fra tidligere utsagn, viser at det er pårørende som oftest kommer med innspill og meninger og at tjenesteyterne sier veldig lite. En pårørende kom i særdeleshet med mange gode innspill angående bruk av frivillige pensjonister samt forslag til konkret rekruttering som han skulle følge opp ved neste møtet.

I referater fra møtene i bruker-/pårørenderådet ser jeg at flere har gjentakende fravær og at noen møter også avlyses på grunn av stort frafall. Hovedsakelig er det sykehjemsbeboere, pårørende og frivillige som melder fravær. En informant har også bemerket dette og sier:

Vi har litt problemer med de frivillige, dem har ikke deltatt i det hel tatt. De har fått invitasjon, men har av en eller annen grunn ikke klart å komme enda. Så det er dem vi på en måte må jobbe litt med og få litt på banen egentlig (1).

Samproduksjon og samarbeide krever også en felles innsats. Funn viser at ansvar og oppgaver vektens forskjellig som tidligere beskrevet i dette kapittel. Et eksempel på hvordan dette kommer til uttrykk, og har negative konsekvenser, for samproduksjonen og samarbeidet vil jeg beskrive her. I et møtereferat fra et bruker-/pårørenderåd beskrives det at virksomhetslederen har satt opp oppfølgningspunkter fra det forgående møte om hvem av representantene som er ansvarlig for å gjennomføre tildelte oppgaver. En avdelingssykepleier har for eksempel nevnt at hun ønsker en lukket Facebook-gruppe for pårørende, slik at de kan følge med i aktivistene på sykehjemmene. Virksomhetslederen ber avdelingssykepleieren sjekke opp gjeldende regler for oppretting av en Facebook side for pårørende. Det er også et ønske fra en pårørende at sykehjemmene får en venneforening.

Her får den pårørende ansvar for å undersøke mulighetene for dette. Etterfølgende møtereferat viser at avdelingssykepleieren hadde glemt å undersøke regler for Facebook og at hun skulle undersøke saken til neste møte. Saken om venneforeningen nevnes ikke i senere møtereferater.

4.2.2 Forståelse av brukermedvirkning

Informantene i bruker-/pårørenderådet hadde ulik bakgrunn. Noen er ansatt i virksomheten, andre som pårørende og frivillige. Jeg ville derfor undersøke om de hadde samme forståelse av hva brukermedvirkning er og hva de legger i begrepet. Funn viser at de fleste var enige om at brukermedvirkning handler om påvirkning, spesielt for beboerne og at man skal mulighet for å ha påvirkning på eget liv. En av informantene sier dette om brukermedvirkning:

Og så tenker jeg at det med brukermedvirkning er kommet for å bli. Jeg tror det er så nytt enda ... og det er sådan vi ønsker at det skal bli etter hvert. At pårørende på den måte er delaktige og det er brukermedvirkning, det med delaktighet, ikke sant. Og jeg tenker jo at det så flott når du som pårørende skjønner det (3)

Videre er det interessant å se på om informantene selv opplever at jobben de gjør i bruker-/pårørenderådet har positiv utfall. Alle beskriver at de mener rådet er virkningsfullt. To informanter sier følgende:

Jeg oppfatter jo at det er veldig strukturert. Det er lagt en agenda, som vi går igjennom og informere ... Men jeg opplever brukerrådet som virkningsfullt, absolutt (2)

Altså de to møtene vi har hatt har vært veldig bra, må jeg si. Så jeg sitter likesom igjen med en følelse av at, altså det har vært bra likesom å gi dem den informasjon og dem likesom skal få, hva skal jeg si, et bilde av hvordan driften vår er da (3)

Det er tydelig at informantene opplever bruker-/pårørenderådet som virkningsfullt og at det er viktig å bruke bruker-/pårørenderådet til å gi og motta informasjon. Men få funn i studien viser at det er fokus på brukermedvirkning i brukerrådet eller at beboerne har mulighet for å bli hørt.

Videre i intervjuene spør jeg informantene om de mener at bruker-/pårørenderådet bidrar til økt brukermedvirkning. Informantene har delte meninger om dette. Noen svarer direkte

nei og mener at brukermedvirkning på sykehjem bør ivaretas ved for eksempelvis pårørendesamtaler. Andre mener at man får mere beviste pårørende, som på den måten mener kunne påvirke mer og bedre. En annen informant har helt motsatt mening og svarer:

Nei, faktisk ikke. Jeg føler ikke at det egentlig er godt nok (5)

Før jeg gjennomførte intervjuene hadde jeg en antakelse om at representantene hadde ulike meninger om hvem bruker-/pårørenderådet var tiltenkt. Det var derfor opplagt og interessant å spørre informantene om dette. Studien viser at informantene hadde delte meninger om dette. Her kommer to eksempler som viser to ulike meninger:

For vår del er det vel mest for pårørende for å få et samarbeid med de (3)

Det er jo til syvende og sist brukeren vi er her for, for vi har jo et felles ønske om at vi skal gjøre det her så bra så mulig (1)

4.2.3 Medvirkning - de gode eksempler

Jeg vil også trekke frem funn som viser gode eksempler at medvirkning er tilstede i bruker-/pårørenderådet.

En virksomhetsleder, i et av bruker-/pårørenderådene, hadde satt av tid til et møte for å ta opp ulike temaer. Temaer som med jevne mellomrom hadde vært oppe i samfunnsdebatten. Virksomhetsleder ønsket å om høre med bruker-/pårørenderådets representanters opplevelser og erfaringer på deres sykehjem. Et eksempel på et tema var tilfredsheten av tilbudet om mat og drikke. Noen representanter forteller at jevnt over er maten god. En annen sier at noen ganger er det kjøtt som kan være vanskelig å tygge for de eldre. Men det blir også uttalt at poteter med skrellet på er vanskelig for personer med demens å forstå noe av. Etter tilbakemeldingene skrives det i referatet, at virksomhetsleder vil ta innspillene med til kostombudet i avdelingene og til kjøkkenet. Et annet eksempel er erfaringer fra kommunens vaskeri, som blant annet vasker beboernes private klær. Det kommer her mange negative tilbakemeldinger, som at noe tøy var kommet tilbake ødelagt, og at det oppleves at det mistes en del tøy, som har vært sendt til vask. Også her blir det referatført at virksomhetsleder vil viderebringe bruker-/pårørenderådets erfaringer og opplever. Det bekreftes ved neste referat, at virksomhetslederen har vært i kontakt med vaskeriet og at vaskeriet deretter har hatt et møte med sykehjemmets ledergruppe, hvor de sammen har

sett på rutiner og forbedringer av disse. Det skrives videre at representantene nå mener at det er mindre tøy som forsvinner og at det har skjedd en forbedring. Derimot står det ikke hvor de har innhentet informasjonene fra.

Det var spesielt interessant for meg, som forsker, å delta i et bruker-/pårørenderådsmøte, da det ga informasjon og en annen forståelse av gruppens sosiale samspill, noe jeg ikke kunne få frem under intervjuene eller i bruker-/pårørenderådenes møtereferater.

Jeg opplevde et delvis godt eksempel på et likeverdig samarbeide under bruker-/pårørenderådsmøte som jeg observerte. En prosedyre for beboer- og pårørendesamtaler ved innkomst av nye beboere på sykehjem var under revidering og virksomhetsleder ønsket derfor å få innspill fra bruker-/pårørenderådet. Hun hadde sendt den eksisterende prosedyren til rådets medlemmer i forkant av møtet, så de kunne forberede seg og eventuelt samle inn erfaringer og meninger fra sykehjemmets beboere og pårørende. På møtet kom det ikke om representantene hadde innhentet opplysninger. Min oppfatning var derfor at diskusjonene baserte seg på egne erfaringer og holdninger. Rådet gikk igjennom malen for beboer-/pårørendesamtalen punkt for punkt og mange gode innspill og diskusjoner fant sted underveis. Inneholder malen for eksempel for mye informasjon til beboere/pårørende? Hvilke informasjon er viktigst ved første samtale mellom beboer, pårørende og ansatte på sykehjemmet? De fleste av medlemmene var veldig deltakende og hadde mye å si om dette emne. Jeg observerte at tjenesteyterne og øvrige medlemmer hadde ulike synspunkter på hva som var viktig å ha med i prosedyren, men at det underveis i møtet utviklet seg en større forståelse for hverandres synspunkt og behov. Et eksempel var at pårørende i bruker-/pårørenderådet synes det var vanskelig å snakke om livets slutt ved en innkomstsamtale. Pårørende mente at dette var unødvendig å ha med. Tjenesteyternes argumenter var at dagens sykehjemsbeboere ofte er svert syke når de får tildelt sykehjems plass og det er derfor behov for, at pårørende informeres om sykehjemmets håndtering av livets slutt. Ansatte får også informasjon om eventuelle ønsker fra pårørende i forhold til dette, noe som må journalføres. Dette var pårørende i rådet forstående overfor. Det ble enighet om at livets slutt var et emne som måtte være med i prosedyren/samtale.

Til slutt vil jeg fremheve et annet eksempel i observasjonsstudien av et bruker-/pårørenderådsmøte, hvor temaet er aktivitet. Flere representanter mener at det er for lite aktivitet for sykehjemsbeboerne. En representant, som også er pårørende, hadde kjennskap til en frivillig organisasjon, som han kunne forhøre seg med om de hadde lyst til å underholde beboere på sykehjem. Initiativet hans fikk oppbakking av de andre representantene i bruker-/pårørenderådet. Dette er et godt eksempel på sosial innovasjon, som er et kjernebegrep innenfor samproduksjon (Askheim, 2016, s. 24-36).

4.2.4 Brukermedvirkning og utfordringer i bruker-/pårørenderådet

Gjennom studien er det flere funn som viser utfordringer ved brukermedvirkning i bruker-/pårørenderådet. Formålet om brukermedvirkning har ikke stort fokus hos representantene, som blant annet kommer til uttrykk ved at de ikke gjør noen aktive tiltak for å innhente erfaringer eller saker fra sykehjemsbeboere eller pårørende. Et eksempel på dette, fra observasjonsstudien, er at det ikke var meldt inn saker fra sykehjemsbeboere eller pårørende i postkasse eller posthulle. De øvrige representantene i bruker-/pårørenderådet hadde heller ikke forberedt saker i forkant av møtet

Et interessant funn viser også tvil om for hvem representantene i bruker-/pårørenderådet egentlig er representanter for. En informant mener at pårørende bør være pårørenderepresentanter og ansatte bør være ansattrepresentanter, men informanten nevnte ikke hvem som skal være sykehjemsbeboerens representant:

Vi bør da være pårørenderepresentanter og så bør det jo være ansatte som er som er ansattrepresentanter (5)

Som tidligere nevnt i dette kapittel var det også funn angående en manglende synligheten og kunnskap om at bruker-/pårørenderådet finnes, hvilket så klart ses som en utfordring for å øke brukermedvirkningen på sykehjemmene.

En antakelse jeg hadde før datainnsamlingen var at beboere og pårørende, som var med i bruker-/pårørenderådet, ville ha en tendens til å komme med enkeltsaker om egne situasjoner og på den måten representere seg selv. I forhold til dette sier en informant:

Og det har hun (virksomhetsleder) gjort klart for medlemmene i gruppen, at det ikke er enkeltsaker ... det diskuterer vi ikke, men at det er på generelt basis da (2)

En annen informant bekrefter og tilføyer dessuten at hun opplever at enkeltsaker allikevel tas opp i brukerrådet:

Men vi er liksom veldig tydelig på, at vi tar liksom ikke opp enkeltsaker om enkelte brukere. Det er jo på et veldig overordnet nivå. Allikevel hender det at folk tar ting opp fra deres egen situasjon (3)

Funn i observasjonsstudiet viser dessuten at noen representanter i bruker-/pårørenderådet, spesielt pårørende og beboere, hadde vanskelig med å holde diskusjonen på et generelt nivå. De tok flere ganger opp problemstillinger som omhandlet hans/hennes ektefelle/foreldre, som hadde sykehjemsplass. Dette var ikke relevante diskusjoner for alle deltakerne eller generelt i bruker-/pårørenderådet.

5.0 Diskusjon

Data fra forskningen i denne oppgaven er innsamlet i perioden februar 2018 – april 2019. Jeg mener fortsatt at resultatene for min forskning er viktige og sentrale, da det ikke har skjedd mye ny forskning innenfor området siden min forskning ble gjennomført.

Jeg vil i dette kapittel diskutere mine funn fra forrige kapittel, presentasjon av funn satt opp mot valgt teori og forskning som tidligere er gjort innenfor dette fagfeltet. Jeg har inndelt dette kapitlet etter mine to forskningsspørsmål.

5.1 Organisering og funksjon av bruker-/pårørenderådet

Jeg vil i dette avsnittet diskutere mine funn og teoretiske perspektiver som skal besvare mitt første forskningsspørsmål:

Hvordan er bruker-/pårørenderådet organisert og opplever brukerrepresentantene en felles funksjon av rådet?

5.1.1 Hovedoppgaver i bruker-/pårørenderådet

Ifølge Alm Andreassen er det tre hovedoppgaver, som bør være tilstede i et bruker-/pårørenderåd: 1) Samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og brukere. 2) Rådgivning til helse- og omsorgstjenesten. 3) Systematisk tilbakemelding om brukererfaring. I de første to hovedoppgavene må deling om kunnskap, erfaring og perspektiver være tilstede (Andreassen, 2007, s. 54). Det er ikke mange funn i datamaterialet, som viser at representantene i bruker-/pårørenderådet er aktive om deling av kunnskap, erfaring og perspektiver, da bruker-/pårørenderådet hovedsakelig benyttes til formidling av informasjon. Ved hovedoppgaven om systematisk tilbakemelding om brukererfaringer, påpeker også Helse- og omsorgsdepartementet at kommunen har ansvar for å innhente sykehjemsbeboernes synspunkter og erfaringer (Meld. St. nr. 26, 2015, s. 45-47). Dette er også et formål i de undersøkte bruker-/pårørenderåd. Funn viser at et av bruker-/pårørenderådene har satt opp en postkasse til innhentning av saker eller at sakene kan legges i en posthylle til virksomhetsleder. Det kan stilles spørsmål om dette er gode etablerte systemer, ettersom det enda ikke er meldt inn saker fra hverken sykehjemsbeboere eller deres pårørende. Det fremgår heller ikke av datamaterialet at det er

innhentet brukererfaringer fra sykehjemsbeboere eller pårørende gjennom andre metoder. Ingen representanter hadde for eksempel saker med fra sykehjemsbeboer. Det fremgår ikke at saker fra virksomhetsleder ble fulgt opp av representantene i etterkant. De burde ha innhentet meninger, erfaringer eller kunnskap fra sykehjemsbeboerne. Selv om det er besluttet at bruker-/pårørenderåd skal bidra aktivt til å innhente saker, sees kanalen mellom beboere og rådet ikke i de undersøkte bruker-/pårørenderådene. Det er derfor ingen eksempler på at beboerens erfaring(er) omsettes til endringer i virksomheten. Videre er det ikke funn som viser at saker fra bruker-/pårørenderådet er løftet til overordnet eller politisk nivå, som er en mulighet hvis behov. Dette bekrefter også tidligere forskning om at brukerråd i norske kommunen generelt er dårlig integrert i øvrige beslutningssystemer.

Videre er det en viktig faktor for et bruker-/pårørenderåd at representantene inkluderes i drøftelse av saker i tidlig i saksprosess (Windsvold et al., 2014, s. 8-9), men funn tyder på at de fleste av sakene, som kommer fra virksomhetsleder, allerede har vært igjennom en saksprosess uten at bruker-/pårørenderådets representanter har hatt mulighet for å medvirke. Bruker-/pårørenderådet blir derved presentert for en informasjonssak, hvor beslutninger allerede er truffet av andre.

I undersøkelseskommunen ble det også presisert at en annen funksjon til bruker-/pårørenderådet er å fungere som et rådgivningsorgan. Dette er det noen funn på i studien, som for eksempel prosedyren for inntakssamtalen på sykehjem.

Pårørenderepresentantene uttrykte at samtale om livets slutt på sykehjem, kunne være vanskelig å snakke om ved inntak. Derfor ønsket de ikke dette i første samtale. Dette kan ses som et råd, for det videre arbeide med prosedyren og dens innhold. Det hadde vært interessant dersom representantene hadde hatt mulighet for å komme med råd og innspill på noen av de store informasjonssakene, som virksomhetslederen presenterte for bruker-/pårørenderådet. Dette kunne være saker som virksomhetsplan eller pasientsikkerhetsarbeid på sykehjem. Saker hvor beslutningsprosesser allerede hadde funnet sted, uten innspill representantene fra bruker-/pårørenderådet.

5.1.2 Et velfungerende bruker-/pårørenderåd

I en rapport fra 2011 beskrives utfordringer med bruker-/pårørenderåd i flere norske kommuner (Haukelien et al., 2011, s. 112-113). En av utfordringene var rekruttering av

representanter til bruker-/pårørenderådet. Datamateriale i studien viser at det spesielt var vanskelig å rekruttere pårørende og sykehjemsbeboere. I noen av bruker-/pårørenderådene var det så utfordrende å rekruttere sykehjemsbeboere, fordi de ansås å ha for store helsemessige utfordringer, slik at det ikke var mulig å ha med beboere i bruker-/pårørenderådet. Det fremgikk også gjennom funn av datamaterialet at virksomhetslederen brukte mye ressurser på å rekruttere pårørende ved å ringe til personer som kunne være aktuelle.

For å oppsummere og avslutte dette avsnittet vil jeg inndra teori, som viser at det i et bruker-/pårørenderåd skal være tilstede tre faktorer for at rådet kan ansees som velfungerende: 1) Rådet skal informeres, involveres og tas i bruk av tjenesteyterne samt ha forståelse for og se mening med bruker-/pårørenderådet. 2) Bruker-/pårørenderådet skal utvise forståelse for rammebetingelser og representantene må forstå rollen som rådgiver. 3) Alle i bruker-/pårørenderådet må i hovedsak være fornøye (Andersen, 2011, s. 12).

Som tidligere nevnt er informasjon tilstede i bruker-/pårørenderådet, men funn viser også at representantene i rådet involveres lite i saker og beslutninger. Ytterligere funn viser at forståelsen og meningen med bruker-/pårørenderådet er ulik for informantene og at de ikke har kunnskap som er i overenstemmelse med formålene med rådet. Representantene har gitt rådgivning i saker, men funn viser også at representanter allikevel mangler rolleavklaring i forhold til andre ansvarsområder. Til slutt er det det ulike funn fra informantene om hvorvidt bruker-/pårørenderådet ansees som virkningsfullt. Noen av informantene mente at jobben som gjøres i bruker-/pårørenderådet er til gagn for sykehjemmenes beboere, mens andre tvilte på dette. Det kan derved konkluderes at ikke alle representantene er fornøye med bruker-/pårørenderådet. Ut ifra dette konkluderes at det må arbeides med alle tre faktorer for at det kan ansees som et velfungerende bruker-/pårørenderåd.

5.2 Reell brukermedvirkning?

På 1970-tallet beskriver Elinor – fremtidens utfordringer innenfor helse- og velferdssektoren og at en løsning på utfordringene, vil være å inndra brukermedvirkning og samproduksjon i stor grad i tjenesteutviklingen. Siden da har det kommet nye nasjonale føringer og lovverk

som beskriver det samme, og det har lenge vært et formål i Norge å øke brukermedvirkning i helsesektoren. Selv om det er opp mott 40-50 år mellom de to meldingene er ståstedet fortsatt det samme og de samme utfordringene oppleves i forhold til brukermedvirkning.

I dette avsnitt vil jeg presentere mine funn og teoretiske perspektiv som besvarer mitt andre forskningsspørsmål som omhandler samproduksjon og brukermedvirkning:

Hva fremmer og hemmer samproduksjon i et bruker-/pårørenderåd og bidrar rådet til reell brukermedvirkning for sykehjemsbeboerne?

5.2.1 Samproduksjon i bruker-/pårørenderådet

Relasjonen mellom representantene i bruker-/pårørenderådet kan beskrives som samproduksjon. Gjennom samhandling skal alle representantene ha en aktiv rolle ved bruk av ulike ressurser, kunnskap og kompetanse samt utvikle helsetjenester (Askheim, 2016, s. 24-36). Funn i datamaterialet viser, at bruker-/pårørenderådene i undersøkelseskommunen, har ulike representanter i form av pårørende, frivillige, tillitsvalgte, ansatte på sykehjem, virksomhetsleder, avdelingssykepleiere og i ett bruker-/pårørenderåd var det også sykehjemsbeboere. Alle kommer med hver sin kompetanse og ressurser som bør utnyttes til å skape økt brukermedvirkning og et bedre tjenestetilbud for sykehjemsbeboere. Det er få funn på dette i datainnsamlingen, men jeg vil trekke frem et par eksempler som viser samproduksjon i bruker-/pårørenderådet. Første eksempel omhandler en sak i et bruker-/pårørenderåd, hvor virksomhetslederen ba om innspill til revidering av en prosedyre for inntakssamtale for nye sykehjemsbeboere. Det blir diskutert om hvorvidt ansatte skal informere om livets slutt ved inntakssamtalen. Representantene, som var pårørende, var uforstående om at dette temaet var nødvendig i en inntakssamtale. Tjenesteyterne forklarte gjennom kompetanse og erfaring hvorfor dette var viktig å informere om. Dette skapte en felles forståelse og enighet. Et annet eksempel på samproduksjon var under et bruker-/pårørendemøte, hvor temaet var for lite aktivitet for sykehjemsbeboere. En representant, som også var pårørende, kom med et forslag om flere frivillige på sykehjemmene som kunne underholde beboerne. Han hadde kjennskap til frivillige pensjonister, som kunne være aktuelle i denne forbindelse, noe han skulle følge opp. Han brukte derfor sine kontakter og ressurser, som derved kan være til gagn for bruker-/pårørenderådet og for sykehjemmens beboere og ansatte. Dette er også et eksempel på at

det i større grad blir nødvendig med økt samhandling og benytte ressurser fra frivillige og pårørende. Med tanke på helsesektorens fremtidige utfordringer og at samproduksjon, gjennom bruker-/pårørenderåd er et innovativt tiltak. Om frivillige kan levere tjenester på sykehjem i form av aktiviteter og underholdning, vil pårørende representanten bidra i samproduksjon, i planlegning, utforming og tildeling.

Men funn i denne studien viser også at noen av informantene så det som en utfordring at representantene hadde ulik bakgrunn og kompetanse. Dette kan ha negativ virkning på arbeidet i bruker-/pårørenderådet, da samproduksjon krever tillit til hverandre og at tilliten styrker samholdet og bidrar til felles verdier. Videre bekrefter funnet også teorien om at ulike forventninger og motivasjonen blant representantene kan komplisere samproduksjonsprosessen (Askheim, 2016, s. 24-36).

Samproduksjon handler i stor grad om samhandling mellom aktørene (Askheim, 2016, s. 24-36). Da store deler av møtene i bruker-/pårørenderådet er informasjonsaker, kan det diskuteres om et likeverdig samarbeide og partnerskap er tilstede i bruker-/pårørenderådet. Et likeverdig samarbeide er både en forutsetning for brukermedvirkning på systemnivå og for optimal samproduksjon, men blir utfordret når det ikke er rom for erfarings- og kunnskapsdeling og diskusjon mellom bruker-/pårørenderådets representanter.

En annen utfordring som kan oppstå ved samproduksjon er at det kan være forskjell på hvor mye hver enkelt representant velger å investere i samproduksjonen (Askheim, 2016, s. 24-36). Dette kan settes opp mot funn om at noen representanter ofte er fraværende til bruker-/pårørendemøter og at de derved fravelger å investere sin tid i rådet. Det nevnes av en informant at spesielt frivillige ikke deltar i møtene. Dette er i tråd med forskning innenfor område. For selv om frivillige er en viktig ressurs for samproduksjon, og det utvises engasjement i starten, så daler interessen etter hvert og frivilligheten endre karakter (Askheim, 2016, s. 24-36). Et annet eksempel på representanter som velger å ikke investere tiden sin i bruker-/pårørenderådet, er funnet som viser at representanter ikke er forberedt på møtene. Enten ved ikke å innhente opplysninger eller erfaringer fra sykehjemmenes beboere om saker som skal følges opp eller å forberede seg til møter ved å studere tilsendt materiale. Det er funn ovenstående i studien.

5.2.2 En felles oppfatning?

Brukermedvirkning har i mange år vært ansett som et diffust begrep (Askheim, 2020, s. 171). Dette viser seg også som en utfordring i bruker-/pårørenderådet. Flere av informantene sa at brukermedvirkning handlet om rett til å medvirke i eget liv. Men ettersom brukermedvirkning har så lite fokus i bruker-/pårørenderådets møter kan det allikevel settes spørsmål ved om de hadde samme definisjon av brukermedvirkningsbegrepet og om de jobbet mot samme mål. Som Willumsen (2005, s. 15-16) beskriver kan de mange uklare definisjoner av brukermedvirkning skape tvil om betydningen av begrepet.

En annen utfordring med ulike oppfatninger av brukermedvirkning og dens betydning, er at det for noen pasienter og pårørende handler brukermedvirkning om å motta informasjon og ikke være delaktige i beslutningsprosesser. For andre handler det om involvering og å delta i avgjørelser (Johannessen, 2019, s. 1-13). Ifølge funn kan det bekreftes at representantene i dette bruker-/pårørenderåd har ulike oppfatninger om hva brukermedvirkning helt konkret har til hensikt i forhold til bruker-/pårørenderådets funksjon. Dette kan ha negativ betydning for rådets videre arbeid, om i representantene ikke har en felles hensikt, formål og forståelse.

5.2.3 Glideskalaen

I Stortingsmeldingen «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» (2014-2015) beskrives det at brukermedvirkning ikke benyttes i stor nok grad i helse- og velferdssektoren. Som det beskrives tidligere i oppgaven er en av bruker-/pårørenderådets hovedfunksjon, å ivareta og øke brukermedvirkningen. Funnene i studien viser at informantene hadde delte meninger om nettopp hvorvidt deres arbeide i bruker-/pårørenderådet bidro med økt brukermedvirkning for sykehjemmets beboere. Man kommer man et nærmere svar dersom man ser på Hansens (2007) teori om brukermedvirkningens glideskala for ulike typer av brukermedvirkning og i hvor stor grad brukermedvirkning er tilstede. Setter vi opp glideskalaen mot funn i studiet får vi en indikasjon om brukermedvirkningen i dette bruker-/pårørenderådet. Glideskalaen består av fire punkter: brukerperspektiv, brukerdeltakelse, brukerinnflytelse samt brukerstyring. Skalaen går fra liten til stor grad av brukermedvirkning (Hansen, 2007). Starter vi baklengs i skalaen blir brukerstyring definert som at det bare er tjenestemottakeren, som treffer beslutninger om sine helsetjenestene og som tjenesteyterne

skal utføre. Ingen funn i studien tyder på at brukerrådsrepresentantene har denne type mandat og det kan derfor konkluderes at det ikke er brukerstyring tilstede. Videre er det brukerinnflytelse hvor tjenestemottaker og tjenesteyterne deltar sammen i beslutningsprosessen, men at det i siste ende er tjenestemottakerens valg som veier tyngst, innenfor gitte rammer, og som tjenesteyterne derfor må forholde seg til. Det fremgår ikke at informantene har vært med i noen direkte beslutningsprosess som har hatt innvirkning på tjenestene til sykehjemsbeboerne og det er derfor ikke tegn på at brukerinnflytelse finnes i brukerrådet.

Der hvor tjenesteyterne treffer endelige beslutninger, men hvor tjenestemottaker får mulighet får å delta i beslutningsprosessen, kalles brukerdeltakelse. Funn i studien viser enkelte gode eksempler på brukerdeltakelse. Et av eksemplene er der brukerrepresentantene hadde mulighet til å komme med innspill, erfaringer og kunnskap i arbeidet med en prosedyre om inntakssamtale for beboere og pårørende på sykehjem. Studiet viser ikke om representantene hadde direkte innvirkning på selve prosedyrene, men de hadde mulighet for å medvirke. Et annet eksempel hvor representantene faktisk medvirker til forbedring av tjenestekvaliteten, er da virksomhetsleder ønsker erfaringsdeling om kommunes vaskeri. Det viste seg at representantene i ettertid opplevet at vaskeritjenesten hadde forbedret seg.

Det siste punktet i glideskalaen til Hansen er brukerperspektivet. Det er tjenesteyterne som bestemmer hvordan tjeneste skal ivaretas på best mulig måte. Tjenestemottakeren deltar ikke aktivt i beslutningsprosessen. I studiet er det flere eksempler på at bruker-/pårørenderådet i stor grad benytter rådet som et informasjonsorgan og ikke som et rådgivningsorgan. I informasjonssakene er det ikke mulighet for å medvirke, da beslutningsprosessen allerede har funnet sted. Med ovenstående beskrivelser kan det konkluderes at brukermedvirkning både er tilstede ved brukerdeltakelse og brukerperspektiv, men i størst grad ved brukerperspektiv idet hovedfunksjonen ved brukerrådsmøtene er videreformidling av informasjon.

5.2.4 Måling av brukermedvirkning

Det finnes også en annen metoden for å måle hvorvidt det er brukermedvirkning tilstede. Brukermedvirkning er oppnådd hos tjenestemottakeren om følgende faser er tilstede: Å

bestemme om et problem er tilstede, å definere hva problemet omhandler, å avgjøre om det skal handles på problemet, å treffe beslutninger mellom ulike typer av hjelp, å igangsette, opprettholde eller avslutte kontakten (Hansen, 2007, s. 112-113). Ser man på datamaterialet viser det ingen funn hvor alle fasene er tilstede. I saken om samfunnsdebatter på sykehjem, er representantene med å bestemme om det er et problem tilstede. De forteller også noe om hva de mener er problemet og utfordringene, men de avgjør ikke om det skal handles på problemet. Dette er det virksomhetsleder som gjør. Virksomhetsleder beslutter også å ta med tilbakemeldingene fra rådet med tilbake til avdelingen og til kostmøte med kjøkkenet eller samarbeidsmøte med vaskeriet. Altså er det virksomhetsleder som styre prosessen og hvordan tiltakene skal igangsettes.

Hvis man ser på funn i denne studien opp imot modellen måling av brukermedvirkning kan det utledes at ovenstående eksempel bare inneholder to av fem faser. Spørsmålet er da om det defineres som ikke å være brukermedvirkning eller delvis brukermedvirkning. I dette tilfelle mener jeg at det er delvis brukermedvirkning, da det var representantenes tilbakemeldinger som bidro til å forbedre tjenestene. Det må samtidig erkjennes at uten virksomhetslederens videre arbeid, ville det ikke skjedd forbedringer i sakene.

5.2.5 Brukermedvirkning på systemnivå eller individnivå?

I brukerrådsmøter er det referatført at intensjonen med bruker-/pårørenderådet blant annet er et samarbeide mellom representantene som skal fungere som et rådgivningsorgan, øke brukermedvirkning og bidra til best mulige tjenester for beboerne på sykehjem. Dette er i tråd med Andreassen (2005) beskrivelse om brukermedvirkning på systemnivå og om deres oppgaver. På systemnivå skal brukerrådet være et samarbeidsforum mellom rådets medlemmer og bidra med rådgivning samt dele tjenestemottakernes kunnskap om helsetjenester som da kan utnyttes til utforming og forbedring av tjenestene. I brukerrådet skal det være mulighet for systematiske tilbakemeldinger om tjenestemottakerens erfaringer. Det sees at bruker-/pårørenderådet både skal uttale seg om saker som tjenesteyterne ønsker at ta opp og selv tar opp saker på eget initiativ (Andreassen, 2005, s. 45-46). Gjennom brukermedvirkning på systemnivå skal det være et likeverdig partnerskap mellom tjenestemottaker og tjenesteyterne og de skal begge delta aktivt i planlegging og beslutningsprosesser (Sørly, 2017, s 12). Men selv om dette er beskrevet i møtoreferater,

tyder andre funn i studien på at det ikke bestandig jobbes på systemnivå i bruker-/pårørenderådet. Ingen brukerrådsrepresentanter har meldt inn saker på vegne av sykehjemsbeboerne eller deres pårørende. Flere ganger i studien kommer bruker-/pårørenderådets representanter med erfaringsutdeling, men det fremkommer aldri hvor erfaringene er innhentet fra og tolkes derfor å være egne erfaringer og meninger. Det fremgår at det ikke er noe system for innhenting av systematiske tilbakemeldinger fra øvrige beboere og pårørende. Representantene uttaler seg generelt om saker som virksomhetsleder har satt på agendaen, men sjeldent tar representantene opp saker selv. Det fremgår heller ikke at saker som tas opp kommer fra øvrige sykehjemsbeboere og pårørende. Det tolkes også som at sakene er fra representantene selv. Dette bekrefter derved også forskning på at brukerråd for eldre ofte er mere responderende på saker enn de er proaktive (Windsvold et al., 2014, s. 8-9).

Brukermedvirkning på systemnivå handler også om tjenesteutvikling. Selv om det kunne være ønskelig med flere eksempler på dette, finnes det allikevel funn som viser at bruker-/pårørenderådets arbeide bidrar til utvikling av tjenestene. Et eksempel på dette er funn angående tilbakemeldinger fra representantenes erfaringer med kommunens vaskeri, som medvirket til rutineendringer, som forbedret tjenesten.

Det er tidligere i oppgaven beskrevet forskning viser at pasienter generelt ønsker medvirkning og inkludering når det gjelder brukermedvirkning (Austvoll-Dahlgren & Johansen, 2013, s. 226-227). Men ingen funn tilsier at sykehjemsbeboerne har hatt mulighet for å bli hørt og derved øke brukermedvirkning gjennom bruker-/pårørenderådets representanter, da det ikke er innhentes meninger og erfaringer fra sykehjemsbeboerne. Det er derfor ikke fokus på beboernes mening om tjenestetilbudet, som ellers burde vektlegges betydelig ved brukermedvirkning (Askheim, 2020, s. 171).

I funn som viser gode eksempler på at bruker-/pårørenderådet brukes som et rådgivningsorgan og som bekrefter teorien til Windsvold (2014, s. 8-9), er at representanten blir lyttet til i deres meninger. Eksempelene er fra da virksomhetsleder ønsket en gjennomgang og tilbakemeldinger på prosedyre for inntakssamtale for sykehjemsbeboere og deres pårørende samt da virksomhetsleder tok opp emner fra sykehjem som hadde vært oppe til samfunnsdebatt. Representantene ytrede seg og ble lyttet til.

En annen ting som er interessant å trekke frem fra datamaterialet er at noen av brukerrepresentantene har tendens til å ta opp enkeltsaker. Ofte er det representanter som er pårørende til en sykehjemsbeboer. Flere informanter har fortalt at de har blitt tydelig informert om at enkeltsaker ikke skal drøftes på bruker-/pårørendemøtene. Samtidig var dette også noe jeg selv erfarte under observasjonsstudiet mitt. I det teoretiske kapittelet beskrives det tre nivåer av brukermedvirkning: Brukermedvirkning på individnivå, systemnivå og politisknivå (St.meld. 26 (2014-2015), s. 47). Når vi ser at representantene tar konkrete saker opp på møtene, som involverer en bestemt sykehjemsbeboer, er det tale om brukermedvirkning på individnivå (Andreasen, 2005, s. 45-46). Videre handler brukermedvirkning på individnivå om å jobbe direkte med tiltak og tjenester rettet opp mot den enkelte tjenestemottaker som skal ha mulighet for selv å ha innflytelse på utforming av egen behandling og oppfølging (Myhra, 2012, s. 69). Bruker-/pårørenderådet er derfor ikke en passende arena til å ta opp saker om bestemte personer, da rådet ikke kan bidra med noe i disse sakene og det ikke heller er formålet med bruker-/pårørenderådet. I en rapport fra 2011 beskrives sammen problemstilling. Representanter har tendens til å representere selv seg fremfor å være representant for sykehjemmets beboere. På tross av at rapport er over 10 år gammel, bekrefter funn at de samme utfordringene fortsatt er tilstede.

Et annet eksempel på misforståelser om brukermedvirkning i bruker-/pårørenderådet er da en informant uttaler at brukermedvirkning bør ivaretas på for eksempel pårørendesamtaler. Ved pårørendesamtaler er fokuset på brukermedvirkning på individnivå og ikke på systemnivå, som nettopp er formålet med bruker-/pårørenderådet. Det kan derfor settes spørsmål ved om informantene har forstått dette formålet, forskjellen på ulike typer av brukermedvirkning og viktigheten av brukermedvirkning på systemnivå.

5.2.6 Beslutningsprosess

Selv om et brukerråd ikke har beslutningsrett (Andersen, 2011, s. 11), mener Austvoll-Dahlgren & Johansen (2013, s. 226) allikevel at organiseringen av beslutningsprosessen er en forutsetning for at bruker-/pårørenderådet skal kunne oppnå medvirkning. Beslutningsprosessen kan inndeles i seks punkter: 1) problemformulering, 2) målformulering, 3) hvilke alternativer finnes? 4) vurdering av alternativer, 5) valg av løsninger/tiltak 6) evaluering (Hansen, 2019, s. 52). Det er ingen funn i studien som viser en

sak, hvor alle representantene i bruker-/pårørenderådet har deltatt i alle punkt i beslutningsprosessen. Men det er saker hvor beslutningsprosessen viser seg delvis ved at noen at punktene er tilstede. Et eksempel er saken om temaer fra samfunnsdebatter. Her presenterer virksomhetslederen først saken gjennom en problemformulering, som lyder på at sakene sees som utfordringer på andre av landets sykehjem. Neste punkt er målformulering og her ønsker virksomhetsleder representantenes erfaringer innenfor temaene og mening om det også oppleves som en utfordring på de sykehjem bruker-/pårørenderådet har tilhørighet til. Heretter forteller representantene om deres erfaringer og meninger, men det blir ingen diskusjon om alternativ eller eventuelt vurdering av disse. Det er virksomhetsleder som kommer med tiltakene i saken, nemlig å gi tilbakemelding til vaskeriet og kjøkkenet om representantene meninger. Funn viser at saken ble evaluert og bruker-/pårørenderådets representanter var fornøyde med forbedringen innenfor vaskeritjenesten. Det stilles allikevel spørsmål om dette gir en form medvirkning i beslutningsprosessen, selv om representantene i bruker-/pårørenderådene, ikke er involvert i alle seks punkter i denne modellen. Medvirkningen medfører rent faktisk til forbedring av tjenestene til sykehjemsbeboerne, men er avhengig av at virksomhetslederen tar ansvar for de resterende punkter. Funn viser generelt at det er få saker som bruker-/pårørenderådet har mulighet til å delta i beslutningsprosessene, da det ikke innhentes saker fra sykehjemmenes beboere og deres pårørende. Det er få saker hvor virksomhetsleder innbyr til involvering i form av beslutningsprosesser. De fleste saker som tas opp er informasjonssaker, hvor beslutningsprosesser allerede har funnet sted utenom bruker-/pårørenderådet.

6.0 Avslutning

Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan bruker-/pårørenderådet i sykehjem kan bidra til utvikling av gode tjenester til sykehjemsbeboere. Resultater i denne studien er fra analysert data innhentet fra kvalitative intervju med representanter fra bruker-/pårørenderådet, dokumentanalyse fra tidligere møtereferater samt en observasjonsstudie.

Et av hovedfunnene i denne oppgave er at representantene i bruker-/pårørenderådene har forskjellige forståelser av formålene med bruker-/pårørenderådet eller at noen av formålene er ukjente for informantene. I bruker-/pårørenderådsmøter er det informert om motivet bak bruker-/pårørenderådene. Allikevel framkommer det ikke at alle informantene opplever brukermedvirkning som et direkte formål eller at representantene skal fungere som et rådgivningsorgan. Felles formål og forståelse vil skape felles verdier og mål i bruker-/pårørenderådene og derved bidra til god samproduksjon og samarbeide mellom representantene.

Det fremkommer i studien at informantene har et stort fokus på at bruker-/pårørenderådene skal brukes til å formidle informasjon. Informasjonsaker har en hovedtyngde i både intervjuene med informantene, i møtereferater og i observasjonsstudien så det konkluderes informantene ser informasjon som et hovedformål i bruker-/pårørenderådene. I teorien beskrives det riktig nok, at i et velfungerende bruker-/pårørenderåd skal virksomheten formidle informasjon til representantene, men funn i studien viser at informasjonssaker tar så mye plass i møtene til bruker-/pårørenderådene, at det gir lite rom for rådets andre formål og funksjoner og i noen tilfeller helt uteblir.

Datamaterialet viser at det er usikkerhet blant representantene om ansvarsområder og generelle oppgaver som er forbundet med å være representant i bruker-/pårørenderådet. Flere av informantene uttalte at de ikke hadde ansvarsområder. Oppgaver som ikke ble ivaretatt var for eksempel innhentning av systematiske tilbakemeldinger fra sykehjemsbeboerne. Funn viser at ingen saker fra sykehjemmenes beboere eller pårørende

var innhentet fra representantene. Utfordringer med dette kan også skyldes at bruker-/pårørenderådet er lite synlig blant sykehjemsbeboerne og deres pårørende. Uten kjennskap om bruker-/pårørenderådet, har de ikke mulighet for å bruke rådet til det som egentlig er hensikten, som for eksempel å innhente opplysninger, brukererfaringer og i saker som eventuelt kan forbedre tjenestene på sykehjemm og derved øke brukermedvirkningen. Det er nødvendig med en kanal mellom bruker-/pårørenderådet og sykehjemsbeboere inkludert deres pårørende som gir de mulighet for å bli hørt. Representantene har et medansvar for å være synlige. For å få bekreftet funn, hadde det vært interessant for oppgaven, å undersøke om pårørende eller sykehjemsbeboere utenfor bruker-/pårørenderådene, har kunnskap om rådene og kjenner til deres funksjon.

Som nevnt tidligere i oppgaven beskrives det i teori, at det er at en viktig faktor for representanter i et bruker-/pårørenderåd å inkluderes tidlig i saksprosesser. Få funn viser gode eksempler på at inkludering, av bruker-/pårørenderådene representanter, har medført med gode diskusjoner, forståelse for forskjellige synspunkter og oppnåelse av enighet, igjen som har ført med seg forslag til endringer og i noen tilfeller også bidratt til forbedring av tjenester. Tydelige funn viser at flest saker i rådene, allerede har vært igjennom en saksprosess uten mulighet for involvering fra bruker-/pårørenderådene. Sakene blir derved fremlagt som informasjonssaker fra virksomheten. Det ses derved ikke, at et likeverdig samarbeid er tilstede i disse sakene, som ellers er en forutsetning for samproduksjon og brukermedvirkning på systemnivå.

På grunn av få saker, som representantene har hatt mulighet for å medvirke i, medfører det også at det kun er få beslutningsprosesser tilstede for representantene. I teorien inndeles beslutningsprosessen i seks punkter, hvor representantene skal delta i alle punkt. Ingen funn viser at representantene har deltatt i alle punkt, men viser delvis deltakelse i beslutningsprosessen. Selv om representantene ikke deltar i alle punkt, er det allikevel funn som viser at medvirkning i beslutningsprosessen fører til forbedring av tjenestene til sykehjemsbeboerne, men er avhengig av at virksomhetslederen følger opp de resterende punkt i prosessen.

Utover at bruker-/pårørenderådene skal ses som en gevinst for utvikling av tjenestene, er det også en nødvendighet for fremtidens utfordringer i helsesektor. Gjennom samarbeid og samproduksjon skal bruker-/pårørenderådets representanter bidra til bedre velferdsløsninger. Representantene, som i dag består av virksomhetsleder, avdelingssykepleiere, tjenesteytere, tillitsvalgte, frivillige, pårørende og eventuelt sykehjemsbeboere skal utnytte hverandres kunnskap og erfaringer og via sosial innovasjon dra nytte av disse ressursene. Funn viser tilfelle hvor bruker-/pårørenderådet lykkes med dette og har sykehjemsbeboerne i fokus. Men det er også informanter som ikke ser nytteverdien av samproduksjon og ser det som en utfordring at representantene har ulike bakgrunn og kompetanse. Dette kan skape en ulikevekt blant representantene og ha konsekvenser for samproduksjonen og samarbeidet i bruker-/pårørenderådene.

Rekruttering er enda en utfordring i bruker-/pårørenderådene. Informanter beskriver det som vanskelig å finne pårørende og sykehjemsbeboere, som har helse og lyst til å delta. I to av bruker-/pårørenderådene er ikke sykehjemsbeboeres representanter, da de vurderte at deres beboere på sykehjem har for store helsemessige utfordringer til å kunne bidra. Det er en viktig faktor å finne representanter til bruker-/pårørenderådet, som både har lyst og mulighet for å delta aktivt. Det er flere eksempler på representanter som ikke deltar på møter gjentakende ganger, ikke er forberedt til møter eller har fulgt opp på tildelt oppgave. Dette kan ha negative konsekvenser for samholdet og samproduksjonen i bruker-/pårørenderådet. Informantene stilles spørsmål om sykehjemsbeboere kan delta i bruker-/pårørenderådene. Funn i observasjonsstudien viser også minimal deltakelse fra representantene som er beboere på sykehjem. Allikevel vil det være ønskelig med sterkere funn, som bekrefter at sykehjemsbeboere ikke kan fungere som representanter i et bruker-/pårørenderåd. Jeg har ikke hatt intervju av sykehjemsbeboere, men dette kunne være en metode til å undersøke dette nærmere.

I bruker-/pårørenderådene skal brukermedvirkning på systemnivå stå sentralt. Dette for å utvikle gode tjenester til beboere på sykehjem. Funn i studien viser at det er usikkerhet blant informantene ulike typer av brukermedvirkning. Flere eksempler fra studien viser at

representantene er opptatt av brukermedvirkning på individnivå, når de involveres i enkeltsaker om bestemte sykehjemsbeboere eller når en informant mener at brukermedvirkning heller bør ivaretas ved pårørendesamtaler. Dette er igjen et eksempel på at det er behov for å tydeliggjøre formål, men også definere begrepet brukermedvirkning, for å oppnå en felles forståelse. Noe annet som har behov for en felles forståelse hos representantene, er for hvem bruker-/pårørenderådet er ment for. Funn viser at her er det forskjellige holdninger. Noen mener sykehjemsbeboerne, mens andre mener det er for beboerne. Svaret er selvfølgelig at bruker-/pårørenderådet er opprettet for beboerne, men at pårørende og øvrige representanter skal medvirke til å oppnå gode tjenester på sykehjem.

Det fremkommer i datamaterialet at brukermedvirkning er tilstede, i bruker-/pårørenderådet, i noen tilfeller. Setter vi funnene opp mot Hansens glideskala (2007) er det tilfeller hvor brukermedvirkning tilstede i form av brukerdeltakelse, som er hvor representantene får mulighet for å delta i beslutningsprosessen. Det er i langt de fleste tilfelle brukerperspektiv på glideskalaen, som finnes bruker-/pårørenderådet. Brukerperspektiv betyr at representantene ikke er med i beslutningsprosessene. Årsaken til dette er at hovedvekten av bruker-/pårørenderådsmøter inneholder informasjonssaker, hvor sakene allerede har vært i en beslutningsprosess, som representantene ikke har hatt mulighet for å delta i. Ønskelig er det, at bruker-/pårørenderådene i de fleste saker, er på trinnet brukerdeltakelse i glideskalaen, så representantene har mulighet for å komme med innspill, råd og erfaringer og derved medvirke i beslutningsprosessen.

Ser man på annen teori fra oppgaven, som sier noe om hvordan brukermedvirkning kan måles ut ifra fem faser, viser resultater at representantene heller ikke her deltar i alle fem faser. De bidra med viktige innspill, som bidrar til forbedring av tjenestene, men er avhengig av at virksomhetslederen følger opp de andre fasene for at innspillene skal realiseres. Det hadde vært interessant med flere saker, hvor representantene har mulighet for å medvirke for å få et bredere bilde av målingen av brukermedvirkning i bruker-/pårørenderådende.

For å besvare oppgavens problemstillingen, ønsker jeg å oppsummere i dette avsnittet. Problemstillingen lyder som følger:

Hvordan kan bruker-/pårørende i sykehjem bidra til utvikling av gode tjenester til sykehjemsbeboere?

Besvarelsen tar utgangspunkt i bruker-/pårørenderådene i undersøkelseskommunen. For at bruker-/pårørenderådene skal oppnå utvikling av gode tjenester for sykehjemmenes beboere, skal det først og fremmes fastsettes en felles forståelse av formålet med bruker-/pårørenderådene, for å skape felles mål og verdier. Ansvar og oppgaver må utdeles og følges opp av representantene. Spesielt må det ansvaret tydeliggjøres for å synliggjøre bruker-/pårørenderådene, representantenes funksjon samt å innhenter erfaring, tilbakemeldinger og saker fra sykehjemsbeboerne og deres pårørende. Er formål, funksjoner, ansvarsområder og oppgaver fastlagt gir det også mulighet for at møtene til bruker-/pårørenderådene får plass til annet enn de mange informasjonssaker. Informasjonssaker gir lite mulighet for samproduksjon, beslutningsprosess, brukermedvirkning og forbedring av tjenestene på sykehjemmene. Representantene i bruker-/pårørenderådene har også behov for en felles definisjon av brukermedvirkning på systemnivå for å unngå saker om individnivå, som ikke hører til i et bruker-/pårørenderåd. Til slutt må representantene forstå viktigheten av samarbeidet og samproduksjon og mulighetene dette gir for sammen å bidra til gode tjenester for sykehjemsbeboere.

6.1 Veien videre

Det finnes mye forskning på brukermedvirkning, men som beskrevet tidligere i denne oppgave, er det mest forskning som gjør seg gjeldende ved brukermedvirkning på individnivå. For at brukermedvirkning på systemnivå og bruker-/pårørenderåd skal fungere i helsesektoren, trengs det mere forskning på hva som fungerer og hva som må forbedres for at tjenesteyteren og øvrige representanter av bruker-/pårørenderåd kan samarbeide om å utvikle gode tjenester til beboere på sykehjemmene.

I studien framkommer det også utfordringer med synliggjøring og innhentning av saker fra sykehjemsbeboere og pårørende. I en verden som blir mer og mer digital bør det ses på om det er muligheter for å melde inn saker digitalt. Sykehjemsbeboere er kanskje ikke målgruppen her, men for de pårørende, som kanskje ikke så ofte er tilstede på sykehjemmene, samtidig med bruker-/pårørenderådets representanter, kan dette være et

tiltak for å få flere saker inn i brukerpårørenderådet. For å oppnå saker og erfaringer fra sykehjemsbeboerne tror jeg det er nødvendig for representantene å investere i mer tid på sykehjemmene og snakke med de beboere som kan og ønsker dette.

Litteraturliste

Andersen, J. (2011). Brukerrepresentasjon i råd og utvalg på lokalt og regionalt nivå. Forskningsrapport nr. 146/2011. Høgskolen i Lillehammer.

Andreassen, T. A. (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten: Arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Andreassen, T. A. (2007). *For at ikke pasientperspektivet skal bli glemt? En kvalitativ analyse av betydningen av brukerutvalg i helseforetak*. AFI-rapport 2/2007. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.

Askheim, O. P. (2016). Samproduksjon som velferdssektorens kinderegg. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(01), 24-36

Askheim, O. P. (2020). Brukermedvirkning – fra politikk til praksis. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 23(03-2020), 170-186.

Austvoll-Dahlgren, A. & Johansen, M. (2013). Pasienten som medvirker og kunnskapshåndterer. *Norsk Epidemiologi*, nr. 23(2) s. 225-230

Brottveit, G. (2018). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder* (1. utg.). Oslo: Gyldendal.

Gautun, H. & Sørvoll, J. (2020). Brukermedvirkning i norsk eldreomsorgs – følger kommunene opp statens styringssignaler? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, årgang 6 (1-2020), s. 1-2.

Hansen, G. V. (2007). *Samarbeid uten fellesskap: Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid* (Doktoravhandling). Karlstad University Studies, Karlstad

Hansen, G. V. (2019). Organisering av individuell brukermedvirkning. I Bjørnquist, C. & Fineide, M. J. (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester* (s. 47-54). Cappelen Damm Akademisk/NOASP

Haukelien, H., Møller, G. & Vike, H. (2011) *Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren*. (TF-rapport n. 284) Telemarksforskning. [BM0035.pdf \(unit.no\)](#)

Johannessen, A. (2019). Brukermedvirkning i helsetjeneste for eldre. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(2), 1-13

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.

Birkemann S., & Kvale, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal akademisk.

Meld. St. nr. 26 (2014-2015). *Fremtiden primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement. [Meld. St. 26 \(2014–2015\) \(regjeringen.no\)](#)

Meld. St. nr. 29 (2012-2013). *Omsorgsmeldinga*. Det kongelige Helse- og Omsorgsdepartement. [Meld. St. 29 \(2012-2013\) \(regjeringen.no\)](#)

Myhra, A. (2012). *Fra bruker til samarbeidspartner. Realisering av brukermedvirkning*. Bergen: Fagbokforlaget.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_9

St.meld. nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening. Fremtidas omsorgsutfordringer*. Det kongelige Helse- og Omsorgsdepartement. [St.meld. nr. 25 \(2005-2006\) \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no/no/stortingens-meldinger/meld-25-2005-2006/stm2520052006.html)

St.meld. nr. 34 (1996-1997). *Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede og veien videre*. Sosialdepartementet.

St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett tid – til rett sted*. Det kongelige Helse- Og Omsorgsdepartement. [St.meld. nr. 47 \(2008-2009\) \(regjeringen.no\)](https://www.regjeringen.no/no/stortingens-meldinger/meld-47-2008-2009/stm4720082009.html)

Sørly, R. (2017). *Brukermedvirkning i demensomsorgen* (oppsummering nr. 7). Omsorgsbiblioteket

Thagaard, T. (2018) *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget

Windsvold, M., Nørve, S., Stokestad, S. & Vestby, G. M. (2014). *Råd, refleksjoner og representasjon – eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne*. (NIBR-rapport 2014:4) Norsk institutt for by- og regionforskning. [Microsoft Word - Forside 2014-4.docx \(oslomet.no\)](https://www.oslomet.no/~/media/Institutt%20for%20by%20og%20regionforskning/2014-4/Microsoft%20Word%20-%20Forside%202014-4.docx)

Willumsen, E. (2005). *Brukerens medvirkning!: kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*.
Universitetsforlaget

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Vurdering

Referansenummer

657266

Prosjekttittel

Brukermedvirkning på systemnivå på sykehjem

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Østfold / Avdeling for helse og velferd

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Erna Haug, erna.haug@hiof.no, tlf: 69608893

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Camilla Jakobsen, Camija@fredrikstad.kommune.no, tlf: 48506210

Prosjektperiode

01.01.2019 - 15.06.2022

Vurdering (2)**12.05.2022 - Vurdert**

Personvern tjenester har vurdert endringen registrert i meldeskjemaet.

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. Behandlingen kan fortsette.

Ny prosjektansvarlig er lagt inn, og ny dato for prosjektslutt er satt til 15.06.2022.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson: Karin Lillevold
Lykke til videre med prosjektet!

13.03.2019 - Vurdert

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 den 13.03.2019, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. 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:

https://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 31.12.2020.

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).

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 underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av

personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Karin Lillevold
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Brukermedvirkning på systemnivå på sykehjem i [redacted] kommune»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvor stor nytteverdi bruker-/pårørenderådene på sykehjemmene i [redacted] kommune har for brukermedvirkning. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

I 2017 ble det i [redacted] kommune besluttet at etablere en ordning innenfor brukermedvirkning på systemnivå for kommunens sykehjem: Bruker/pårørenderåd. Brukerrådet representerer bestående av 1-2 pasienter, 1-2 pårørende, 1-2 ansatte i virksomheten og virksomhetsleder, som har til oppgave å innhente informasjon/saker fra alle virksomhetens sykehjemspasienter og pårørende.

Jeg ønsker å undersøke hvordan brukermedvirkning på systemnivå ivaretas i [redacted] kommune og om beboerrepresentantene opplever bruker-/pårørenderådet som virkningsfulle. Jeg ønsker å vite mere om hvilke saker som tas opp i rådet og hvordan samt hvor stor innflytelse beboerrepresentantene har i beslutningsprosesser. Gjennom undersøkelsen blir det også mulig se på videreutvikling av ordningen.

Undersøkelsen skal brukes til min masteroppgave.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høyskolen i Østfold, avdelingen Helse og velferd er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg ønsker å intervjuer to pårørende, to ansatte og to virksomhetsledere fra to bruker-/pårørenderåd i Fredrikstad kommune. Jeg er informert om deltakere fra Fredrikstad kommunes tre bruker-/pårørenderåd og utvelgelse av personer jeg ønsker å intervjuer er tilfeldig utvalgt.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at jeg intervjuer deg. Områder vi vil komme inn på er din erfaring med bruker-/pårørenderåd, hvordan brukermedvirkning ivaretas og hvordan bruker-/pårørenderådet representerer alle sykehjemmenes beboere.

Intervjuet vil ta ca. 45 min.

Jeg tar lydopptak og notater for intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan jeg oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Min veileder Gunnar Vold Hansen fra Høyskolen i Østfold, avdeling Helse og velferd, vil også ha tilgang til opplysningene som gis fra intervjuet.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data, for å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysninger.

Deltakere som intervjuet vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes høsten 2020. Data med personopplysninger vil bli slettet innen prosjekts slutt.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller 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 AS 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:

- Camilla Jakobsen
Telefon: 48506210
Camilla@fredrikstad.kommune.no
- Høyskolen i Østfold / Avdeling helse og velferd
Gunnar Vold Hansen
95077477
Gunnar.v.hansen@hiiof.no
- Vårt personvernombud:
Martin Gautestad Jakobsen
69608009
Martin.g.Jakobsen@hiiof.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Camilla Jakobsen

Vedlegg 3 - Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Brukermedvirkning på systemnivå på sykehjem i [redacted] kommune* og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

☐ å delta i intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4 - Intervjuguide

Bakgrunnsopplysninger

- Alder?
- Utdannelse/yrke?
- Er du virksomhetsleder, ansatt, beboer eller pårørende til en som bor på sykehjem?

Bruker-/pårørenderådet

- Hvorfor sa du ja til å være med i brukerrådet og hva ønsker du å få ut av møtene?
- Hvor lenge har du sitte i brukerrådet?
- Hvordan kom du med i brukerrådet/hvordan ble du rekruttert i brukerrådet?
- Hvor ofte er det møter i brukerrådet?
- Har du et ansvarsområde i brukerrådet? Hvis ja, hvilke?
- Hvordan er brukerrådet organisert?
- Hvilke saker er det som tas opp til brukerrådet?
- Hvem bestemmer hvilke saker som tas opp til brukerrådet?
- Hvordan formidles saker fra pasientene på sykehjemmet til brukerrådsmøte?
- Har du presentert saker fra pasientene på sykehjemmet til brukerrådsmøte?
- Hvordan behandles saker som tas opp til brukerrådsmøte?
- Er du med til å ta beslutninger om hvordan saker evt. Skal løses ved brukerrådets møte?
- Evaluerer dere tidligere behandlet saker på brukerrådet?
- Hvordan vil du beskrive deltakelsen på brukerrådsmøtene blant medlemmene?
- Opplever du brukerrådet som virkningsfullt?
- Ved pasientene i virksomheten at du er medlem i brukerrådet?
- Har du inntrykk av at pasientene vet at det finnes brukerråd? Hvis ja, har du inntrykk av at pasientene på sykehjemmet ved hva brukerrådet er og hvordan de kan bruke brukerrådet?
- Er det noe du ville gjøre annerledes med arbeidet i brukerrådet?

Brukermedvirkning

- Hva er brukermedvirkning for deg?
- Hvordan ivaretas brukermedvirkning gjennom brukerrådet?
- Mener du at brukerrådet bidra til mer brukermedvirkning på sykehjemmet?

Avslutning

- Har du noe å tilføye?