



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for økonomi og ledelsesfag

Erik Haugen

Robert Sandsbakk

Bacheloroppgave 15 studiepoeng

Innledende kommunikasjon med likepersonstjenesten

The initial communication with the peer support service

Organisasjon og ledelse

2014

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA X NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA X NEI

Forord

Dette er en bacheloroppgave i organisasjon og ledelse som teller 15 studiepoeng.

Vi hadde mulighet til å skrive Bacheloroppgave alene og det var først intensjonen til begge to. I løpet av studietiden har vi skrevet flere oppgaver sammen og ut i fra resultatene på disse mener vi at samarbeidet hittil har fungert godt. Derfor begynte vi å snakke om og skrive sammen, og i løpet av 2012/2013 ble dette avtalt.

Når det gjelder valg av tema diskuterte vi flere muligheter. Vi er begge to voksne og har bred erfaring fra mange forskjellige bransjer, og på det grunnlaget ble fremlagt noen forslag på organisasjoner som kunne passe oss. Noen av dem ble forkastet av oss selv, mens et ble stoppet av ledelsen i en bedrift vi ønsket å se på. Valget falt tilslutt på Momentum sin likepersonstjeneste fordi Erik hadde vært gjennom den samme prosessen, og i tillegg tatt kurs som likeperson. Han kjenner organisasjonen godt og vi fikk full tilgang til informasjon, samt tillatelse til å bruke alle likepersonene som informanter.

Det har vært en spennende og lærerik prosess. Gjennom denne prosessen har vi fått en større forståelse for hvordan en gjennom å støtte seg på metodeteori og organisasjons- og ledelsesteori kan identifisere og finne løsninger på praktiske problemer i organisasjoner.

En stor takk til Momentum som var så positive til prosjektet og lot oss få tilgang til organisasjonen og ikke minst til alle likepersonene som tok seg tid til å svare på undersøkelsen. Tusen takk til helsepersonellet som stilte opp på epostintervjuet. Takker også Inge Hermanrud for god veiledning i gjennom prosessen.

Rena, våren 2014

Erik Haugen

Robert Sandsbakk

Sammendrag

Målet med oppgaven er å undersøke om den innledende kommunikasjonen mellom pasienter, helsepersonell og likepersoner i foreningen Momentum fungerer. Dermed vil den også peke på utfordringer i kommunikasjonen mellom partene som det bør arbeides med.

Vi har valgt å konsentrere oss om den kommunikasjonsprosessen som skjer i forhold til at pasienten skal få kontakt med en likeperson. Vi fokuserer på tilgjengelighet og bruk av kommunikasjonskanaler.

For å samle inn informasjon har vi basert oss på en kvantitativ undersøkelse av alle likepersoner i Momentum. Vi bruker også likepersonene som kilde som pasienter, siden pasienter på sykehus ikke er tilgjengelig for oss. I tillegg har vi gjennomført et kvalitativt epost intervju av tre personer som representerer helsepersonell. Hensikten med det kvalitative intervjuet er å hente inn mer informasjon og se på kommunikasjonen fra helsepersonellets side. Når vi setter informasjonen fra undersøkelsene sammen i analysen håper vi å få et mer nyansert og riktigere bilde av kommunikasjonsutfordringer for organisasjonen.

Abstract

The aim of the study is to investigate whether the initial communication between patients, health professionals and peer persons in society Momentum works. Thus, it will also identify challenges in the communication process, between the parties, that the organization can continue to solve in the future, as they develop.

We have chosen to focus on the communication process that takes place needed for the patient to connect to a peer person. We focus on the availability of the service and use of communication channels.

To collect the information we have based the study on a qualitative examination, of all peer persons in Momentum. We also use the peer persons as an information source as patients, since patients in the hospital, as a group are not available for us. In addition, we conducted a qualitative email interview of three people, as representatives for healthcare professionals. The purpose of the email interviews is to gather more information and see the communication in perspective of health professionals. When we combine the information from the examinations in the analysis, we hope to gain a more nuanced and accurate picture of the communication challenges for the organization.

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	3
Abstract	3
1 Innledning.....	6
1.1 Begrunnelse for valg av tema	6
1.2 Problemstilling.....	6
1.3 Begrepsavklaring	6
1.4 Ståsted.....	7
2 Foreningen Momentum	8
3 Kommunikasjonsteori	9
4 Metode.....	14
4.1 Undersøkelsens hensikt	14
4.2 Metodevalg	15
4.2.1 Kvalitativ metode	15
4.2.2 Kvantitativ metode	16
4.2.3 Metodetriangulering	16
4.2.4 Valg av tilnærming	17
4.2.5 Kvalitetsvurdering og etikk	18
5 Datainnsamling og analyse.....	20
5.1 Kvantitativ undersøkelse	20
5.1.1 Resultater fra kvantitativ undersøkelse	22
5.2 Funn i kvalitativ undersøkelse	28
5.2.1 Sammenfatning av kvalitativ intervju	29
6 Presentasjon og tolkning av funnene i undersøkelsene	31
6.1 Hvordan opplever dagens likepersoner at kommunikasjonen med pasienter og med helsearbeidere fungerer?	31
6.2 Hvordan opplevde likepersonene kommunikasjonen som pasient?	34

6.3	Hvordan opplever helsepersonell kommunikasjonen med forening og pasient?	34
6.4	Konklusjon.....	35
7	Avslutning	38
8	Litteraturliste	40
9	Vedlegg	41
9.1	Vedlegg 1 Resultater kvantitativ spørreundersøkelse	41
9.2	Vedlegg 2 Intervjuguide, epostintervju	62
9.3	Vedlegg 3 Kondensering av kvalitative intervjuer	63

Antall ord: 11400

1 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Vi har valgt å skrive om likemannsarbeidet i foreningen Momentum fordi en av oss selv er beinamputert, og har erfaring som pasient og likemann i organisasjonen. Han opplevde etter operasjonen at kommunikasjonen mellom sykehuset, pasienten og organisasjonen ikke fungerte særlig bra. På bakgrunn av Erik sine opplevelser i etterkant av operasjonen har vi en antagelse om at systemet ikke fungerer optimalt. Vår hypotese er at det ikke fungerer, og dette vil vi prøve å belyse ved hjelp av våre undersøkelser. Størrelsen på dette prosjektet gjør at vi ikke kan gå i dybden for å finne ut spesifikt hva som ikke fungerer, men vi vil forsøke å danne et grunnlag for å svare på vår problemstilling.

1.2 Problemstilling

”Fungerer den innledende kommunikasjonen mellom helsepersonell, pasient og likepersonstjenesten tilfredsstillende?”

For å kunne svare på problemstillingen diskuterer vi disse tre spørsmålene.

1. Hvordan opplever dagens likepersoner at kommunikasjonen med pasienter og med helsearbeidere fungerer?
2. Hvordan opplevde likepersonene kommunikasjonen som pasient?
3. Hvordan opplever helsepersonell kommunikasjonen med forening og pasient?

1.3 Begrepsavklaring

Med innledende kommunikasjon tenker vi oss den prosessen som en pasient opplever med å komme i kontakt med en likepersons organisasjon.

Med helsepersonell mener vi det personellet som pasienter er i kontakt med i forbindelse med operasjonen og i rehabiliteringsprosessen.

Med pasient tenker vi på personer som er innlagt på sykehus eller rehabiliteringsinstitusjon.

En likeperson er i vårt tilfelle selv amputert. Likepersonen har vært gjennom sin egen sorgprosess etter tap av arm eller bein, og har utdannelse og godkjenning for å fungere som likeperson for andre.

Med likepersonstjenesten mener vi å beskrive systemet og organiseringen av arbeidet som likepersoner utfører på vegne av. Likepersonsarbeid forstår vi som ”en organisert samhandling mellom personer som opplever å være i samme båt, eller i noenlunde den samme livssituasjon, og hvor selve samhandlingen har som mål å være en hjelp, støtte og veiledning partene imellom”. Målet med likepersonsarbeid er å utveksle erfaringer så disse kan komme til nytte og gi støtte. Dette arbeidet regnes som samfunnsnyttig og støttes økonomisk av Barne- ungdoms- og familie direktoratet (BUFDIR). Likepersonene får dekket reise til og fra, men ingen godtgjørelse utenom det.

1.4 Ståsted

Vi har begge en hatt maritim start på arbeidslivet, gjennom marinen. Erik som maskinist og Robert som tekniker/operatør. Livet har tatt oss forskjellige veier før vi møttes gjennom utdannelsen som gir oss en bachelor i organisasjon og ledelse.

Gjennom utdannelsen har vi tilegnet oss en bred kunnskap om hvordan organisasjoner fungerer og om ledelsesperspektiver. For oss begge har nok kommunikasjon og tjenesteutvikling vært en spennende del av studiet. Vi har begge gjennomført kurset for samfunnsvitenskapelig metode. Det er på dette faglige grunnlaget at vi gjennomfører undersøkelsen.

2 Foreningen Momentum



Bildet er publisert med tillatelse fra Momentum.

Momentum er en frittstående og uavhengig interesseforening for arm- og benprotesebrukere, pårørende, helsepersonell og andre som vil fremme saker av felles interesse for denne gruppen.

Når det snakkes om protesebruker i entall og flertall hevder foreningen, at det er for å forenkle språket og for å poengtere mulighetene, heller enn å betone det som er tapt. Det betyr at menneskene bak ordet ”protesebruker” inkluderer arm – og benamputerte uavhengig av amputasjonsårsak, og personer med dysmeli, uavhengig om man bruker protese eller ikke.

Momentum ble etablert i 1997, har omtrent 700 medlemmer og er tilsluttet FFO (Funksjonshemmedes fellesorganisasjon).

Foreningen Momentum sin visjon er «å spre livsglede» gjennom informasjon, inspirasjon og muntrasjon. De arbeider for at protesebrukere på tross av sitt tap, skal finne livsgleden tilbake og bedre evnen å se fremover.

Foreningen definerer sitt arbeid som ” alt vi i bunn og grunn gjør er likepersonshjelp – ved å utveksle erfaringer med hverandre kan vi flytte grenser”

Det er fullt mulig å leve et meningsfylt og rikt liv som protesebruker, men det krever viljestyrke, trening og gode proteser.

Samlet har medlemmene i Momentum en betydelig erfaring som protesebrukere og er fullt ”oppegående”. De gjennomlever både nederlag og seire i livet, i likhet med alle mennesker, uavhengig av skader eller andre " skavanker". Gjennom Momentum treffer de andre som du kan utveksle erfaringer med enten som protesebruker, pårørende eller fagperson i helsevesenet.

3 Kommunikasjonsteori

”Fungerer den innledende kommunikasjonen mellom helsepersonell, pasient og likepersonstjenesten tilfredsstillende?”

Begrepet kommunikasjon er et begrep som kan være krevende å definere. Det brukes innenfor mange fag og i tillegg har vi alle et forhold til kommunikasjon og en egen oppfatning om hva kommunikasjon er. (Arnulf & Brønn, 2014) gir en presentasjon av hvordan ulike kommunikasjonsforskere ser på begrepet. De starter med begrepet informasjon, som vanligvis er innholdet som overføres i kommunikasjon mellom mennesker. Informasjon vil være preget av det vi ser og forstår, språket, erfaringene og interessene våre. Noe som oppfattes betydningsfullt av en person kan være meningsløs for andre. Noe informasjon kan også kreve en høy grad av kunnskap for å kunne forstås. Kommunikasjon derimot er et mer komplekst begrep enn informasjon, det kommer fra det latinske navnet ”comunicare”, som vanligvis oversettes til ”å gjøre felles” (Arnulf & Brønn, 2014). De skiller ut tre antakelser som beskriver mellommenneskelig kommunikasjon til å være:

1. mer en prosess enn en tilstand
2. noe som finner sted mellom flere mennesker og knytter dem sammen i tid og rom

3. ha et slags objekt eller innhold – det som gjøres felles

Disse beskrivende egenskapene gjør begrepet kommunikasjon litt enklere å forstå, fordi det beskrives som en slags prosess. Man må også passe på å skille kommunikasjonsprosessen med innholdet, det kan være slik at noen mener at ikke kommunikasjonen har nådd frem fordi de ikke har forstått innholdet.

Innenfor kommunikasjonsvitenskapen snakker man om to prosesser (Arnulf & Brønn, 2014).

1. kommunikasjon som overføring av budskap
2. kommunikasjon som deling av budskap

Disse to perspektivene er viktig å forstå, ved hjelp av disse kan man analysere, forklare og forstå hvorfor kommunikasjon ikke alltid fungerer optimalt.

Perspektivet ”kommunikasjon som overføring av budskap” oppsto i forskningen i 1920-1940 årene (Arnulf & Brønn, 2014). Kommunikasjonen ses her på som en enveisprosess som formidles fra en avsender til en mottaker. Det ble lagt mye energi i å formulere tydelige budskap som var godt tilpasset mottageren, og utgangspunktet er at informasjonen skal kunne avkodes og forstås av mottakeren. Vellykket kommunikasjon anses ifølge dette perspektivet å være oppnådd når avsenderen har nådd mottakeren. På grunn av dagens samfunn med utstrakt bruk av digital kommunikasjon er dette perspektivet fortsatt toneangivende. Gode eksempler på dette er markedskommunikasjon i form av reklameplakater, annonser i tv-radio og internettreklame.

Perspektivet ”kommunikasjon som deling av budskap” ligner veldig på det opprinnelige begrepet ”comunicare”, gjøre ting felles, og det står i sterk kontrast til overføringsperspektivet. Målet er at kommunikasjonsdeltakerne (sender og mottaker) skal oppnå en felles forståelse av budskapet. I dette perspektivet ses kommunikasjon som et middel for å skape og bevare relasjoner, samt for å dele felles verdier og mål. Gjennom kontinuerlig kommunikasjon mellom mennesker skapes det en sosial virkelighet, og det antas at i dette perspektivet finnes det ikke objektiv virkelighet å avdekke, bare sosialt konstruerte virkeligheter (Arnulf & Brønn, 2014).

Sætre (2009) påpeker at betegnelsene sender og mottaker er problematiske fordi deltakerne i kommunikasjonsprosessen hele tiden er både sendere og mottakere. Betegnelsene er likevel nyttige for å kunne snakke om deltakerne i prosessen.

Minimal, dårlig og ingen kommunikasjon er en av hovedfaktorene til at organisasjoner stagnerer, og i små organisasjoner, som i vårt tilfelle er det lettere å unngå. Det er fordi organisasjonen er ganske oversiktlig og det er lett for lederne å kontrollere informasjonsstrømmen. Når organisasjoner vokser blir evnen til å levere informasjon og dele kunnskap mer komplisert, og mye kan bli misforstått. Ofte blir kommunikasjon sett på som viktig, men får lite oppmerksomhet.

Sætre (2009) snakker om IKT og kommunikasjon og fokuserer på nye og moderne informasjonsteknologier. Vi ser at ”ny” teknologi som kommer, fort blir ”gammel”, og tilgangen på ny teknologi erstatter nødvendigvis ikke den gamle.

”Ut i fra et kommunikasjonsperspektiv er det ikke hvilken teknologi man benytter, som er viktig, men heller hva vi kan få til eller ikke få til med denne teknologien” (Sætre, 2009, s. 63)

Mediarikhetsteori og sosial tilstedeværelsesteori fokuserer på hva teknologien lar oss gjøre, altså hvilke sterke og svake sider som ligger i de enkelte kommunikasjonsmedia.

Disse teoriene beskrives ut i fra fire kjennetegn som avgjør mediets rikhet: (Sætre, 2009)

1. Mulighet for rask tilbakemelding
2. Evne til å formidle flere signaler
3. Mulighet for å tilpasse budskap til situasjonen
4. Evne til å formidle subjektivt og tvetydig materiale

Erlie (2006) sier at det handler om å bruke de teknologiske verktøyene bevisst, blant annet ved å kjenne målgruppene og deres behov, samt riktig valg av strategi. De to strategiene som nevnes er push (aktiv utsendelse av informasjon), og pull (passiv tilrettelegging) hvor deltagerne selv henter ut informasjon når de selv trenger den. Den nye digitale hverdagen gir fantastiske muligheter for å gjøre store mengder informasjon tilgjengelig for mange, uten at brukerne blir dynget ned med informasjon de ikke trenger. "Kommunikasjonsproblemer" vil fremdeles oppstå fordi mottakerne blir ansvarlige selv for å lese og innhente informasjonen

som er tilgjengelig. Lederne klager over at informasjonen de sender ut ikke blir lest, og kan ha lett for å skylde på mottakeren når dette ikke fungerer. Men det vil slå tilbake på lederen dersom mottakerne ikke har oppfattet eller lest budskapet, så det vil alltid være lederens oppgave og ansvar å legge til rette for at informasjonen når frem. Lai (2004) hevder at det er en kritisk suksessfaktor, i forbindelse med informasjon å velge teknikker som i størst mulig grad samsvarer med gruppens "kommunikasjonstradisjon". Noen organisasjoner har en utbredt skriftlig tradisjon, mens andre baserer seg på direkte, muntlig kontakt. Det er også fremdeles store variasjoner i graden av kompetanse når det gjelder bruken av IT-baserte kommunikasjonsverktøy og løsninger.

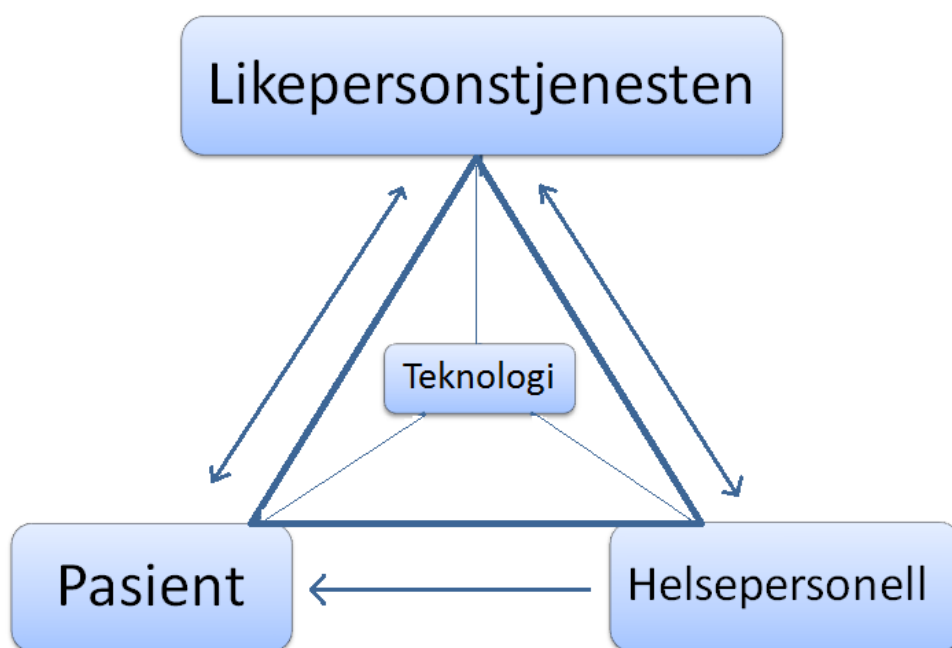
Det er litt vanskelig å velge hvilke kommunikasjonsteorier vi skal ta med i denne oppgaven, og det finnes mange teorier som vi ikke har studert. Teoriene som er presentert representerer sentrale perspektiver og historiske faser. Opp gjennom tidene har man sett på kommunikasjon både som overføring og deling, men dette skifter hele tiden på grunn av sosiologiske forhold, tekniske forutsetninger, politiske systemer og andre vilkår. Den nye digitale informasjons og kommunikasjonsteknikken skaper store muligheter, men den løser ikke av seg selv kommunikasjonsproblemer, det er kun et verktøy i arbeidet.

Arnulf og Brønn (2014) skriver om den sosiale 2.0 - organisasjonen og hevder at organisasjoners bruk av teknologi uløselig henger sammen med den øvrige teknologiutviklingen i samfunnet. Det tradisjonelle, statiske intranettet har gått ut på dato, og sosiale medier representerer en revolusjon gjennom sitt kommunikasjonspotensial. Sosiale samhandlingsløsninger kan være et verktøy som åpner for enklere å kunne samhandle på tvers av faglige siloer og enheter. Det anses at dette har et stort potensial for verdiskapning i organisasjoner og bedrifter. Ved å erstatte en til en kommunikasjon med sosiale kanaler, som kan brukes som mange til mange kommunikasjon, vil man lettere kunne oppnå sine målsettinger. Teknologien åpner for helt nye samhandlingsmuligheter for mennesker uavhengig av geografi, bevegelseshemming osv. Et annet og tydelig mål kan være å bygge organisasjonens omdømme ved hjelp av de nye digitale kanalene.

Mennesker har en tendens til å samhandle med, og tilnærme seg andre mennesker med samme interesser og kjennetegn, "like barn leker best". Kommunikasjonen mellom mennesker vil ha en mulighet for utvikling ved hjelp av de nye samhandlingsløsningene. Men selv om løsningene finnes er det ingen garanti for at de blir tatt i bruk, eller at de blir brukt på en slik måte de var tenkt til å brukes. At slike nye løsninger ikke blir brukt forklares gjerne med at

"gammel vane er vond å vende", altså at mennesker foretrekker å gjøre ting på den måten de alltid har gjort det.

Det hersker liten tvil om at sosiale medier har satt oss i stand til å kommunisere med hverandre på nye og innovative måter, men det vil alltid være aktive og passive individer i en organisasjon. Derfor er det viktig å tenke på den enkeltes behov ved implementering av ny teknologi for de sosiale løsningene.



Figur 1: Kommunikasjonsprosessen

Figur 1 er vår videreutvikling av «The service Marketing Triangle»- ansvarstrekanten (Aasbrenn, 2010). Den illustrerer kommunikasjonsprosessen mellom aktørene i forhold til den innledende kommunikasjonen, eller den første kontakten. Den innledende kommunikasjonen kan starte hos alle parter. Helsepersonell kan informere pasienter om likepersonstjenesten og kommunisere med likepersonstjenesten. Pasienten får informasjon fra helsearbeider og kan både ta kontakt med likeperson, eller bli kontaktet. Likepersonstjenesten har som rolle, eller er ansvarlig for å kommunisere med både pasient og helsepersonell. Teknologien, enten det er brosjyrer, telefon eller for eksempel epost er bindeleddet mellom partene.

Gjennom presentasjonen av de aktuelle kommunikasjonsteoriene ser vi alle forutsetningene som i forskjellig grad må være tilstede for at vi skal kunne si at den innledende kommunikasjonen fungerer tilfredsstillende. Om undersøkelsene viser at ingen av forutsetningene er til stede så er det klart at kommunikasjonen ikke fungerer. Mer naturlig er det at deler av kommunikasjonsteorien er oppfylt og da blir det en vurderingssak om den innledende kommunikasjonen fungerer.

4 Metode

«Metodelæren dreier seg blant annet om hvordan vi kan gå fram for så langt som mulig å undersøke om våre antakelser er i overensstemmelse med virkeligheten eller ikke» (Johannesen, Tufte & Christoffersen, 2010).

For oss betyr det at metoden beskriver hvordan vi skal hente inn informasjon for best å belyse problemstillingen. Problemstillingen blir dermed sentral i forhold til valg av metode. Bak vår problemstilling ligger det en antakelse om at det er problemer i kommunikasjonen mellom likepersoner, helsevesenet og pasienter. Antakelsen er basert på en persons opplevelser som nyoperert og møtet med likepersonstjenesten. Vi må følgelig bruke metode som gjør det mulig å sannsynliggjøre om antakelsen er riktig. Logisk nok er det ikke nok å basere seg på en persons oppfatning om et system.

Innledningsvis repeterer vi derfor problemstillingen og hensikten med oppgaven. Før vi presenterer kvalitativ og kvantitativ metode og videre argumenterer for våre metodevalg og forskningsdesign.

4.1 Undersøkelsens hensikt

Det vi ønsker å finne ut av er om den innledende kommunikasjonen mellom helsepersonell, pasient og likepersonstjenesten tilfredsstillende. I arbeidet med denne problemstillingen ønsker vi å finne ut om det er slik at personellet på sykehusavdelingene informerer pasientene om at foreningen finnes, og om det er slik at pasienter deretter selv må kontakte foreningen for å få besøk av en likemann. Vi ønsker å finne ut om likepersonene opplever at kommunikasjonen fungerer. Siden det er en forutsetning at likepersoner i Momentum har vært gjennom en amputasjon, er de også en kilde til hvordan de opplevde kommunikasjonen som

pasient. I pasientens prosess med å komme i kontakt med foreningen og likepersonordningen, spiller helsepersonellet en viktig rolle. Hvordan er deres opplevelse av sin rolle og kommunikasjonen mellom aktørene.

4.2 Metodevalg

Gjennomføring av samfunnsvitenskapelige undersøkelser handler om å samle inn, analysere og tolke data for eksempel for å forstå fenomener. Samfunnsvitenskapelig metodelære skiller mellom kvalitative og kvantitative metoder.

4.2.1 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode handler forenklet sett om å forholde seg til data i form av tekster, lyd og bilde og legger opp til fortolkning av data (Johannesen, et al., 2010). Metoden gjerne om en ønsker å gå mer i dybden på problemstillingen og er særlig gunstig om temaet er komplisert. Det er to grunnleggende måter innenfor kvalitativ metode å samle inn informasjon på og det er gjennom observasjon og gjennom intervjuer.

Observasjon som metode er spesielt nyttig når man undersøker samhandling mellom mennesker eller en aktuell adferd. Det kan for eksempel være at en transportør ønsker å vite hvordan kunder reiser fra hjemmested til reisepunkt, i den hensikt å effektivisere prosessen, dermed tjenesten for kunden og seg selv. Observasjon er sett på som ressurskrevende og tidskrevende.

Kvalitative intervju er den vanligste metoden for å samle inn kvalitativ informasjon. Intervjuet bærer preg av å være en dialog mellom intervjudeltakerne. Men siden intervjueren stiller spørsmålene og i varierende grad styrer samtalen er de ikke likestilte. Formålet med intervjuet er å forstå eller beskrive noe gjennom andre menneskers oppfatning og erfaring med et fenomen. Det er problemstillingen som avgjør hva slags informasjon som samles inn gjennom intervju. Intervjuet kan bestå av beskrivende spørsmål, fortolkende spørsmål og teoretiske spørsmål.

Johannesen, Tufte og Christoffersen (2010) nevner flere åpenbare grunner til å samle inn data gjennom kvalitative intervjuer. To av grunnene, som er mest aktuelle for oppgaven er at sosiale fenomener er komplekse og at det kvalitative intervjuet gjør det i større grad mulig å

få fram kompleksitet og nyanser. Strukturerte spørreskjema som brukes i kvantitative undersøkelser begrenser muligheten for å få informasjon utover det det spørres om. Kvalitative intervjuer kan brukes som en supplerende metode, for å få svar på problemstillinger eller se den fra en annen synsvinkel.

4.2.2 Kvantitativ metode

I forhold til den kvalitative metoden som er opptatt av dybden i et fenomen, så får den kvantitative metoden frem bredden ved fenomenet. Ved hjelp av kvantitative undersøkelser kan man si noe om bredden på fenomenet ved å velge et representativt utvalg. Ifølge Johannesen, Tufte og Christoffersen (2010) er spørreundersøkelse et eksempel på kvantitativ tilnærming, man sender ut et spørreskjema til et utvalg av befolkningen der de blir bedt om å krysse av på spørsmålene. Et spørreskjema kan ha forhåndsgitte svaralternativer som det bare er å krysse av på. Kvantitativ metode vil være hensiktsmessig for å finne ut hvordan aktørene opplever kommunikasjonen i en organisasjon, men det er en metode som vil kreve betraktelig flere respondenter enn en kvalitativ undersøkelse. I motsetning til den kvalitative metoden så vil det i den kvantitative metoden være muligheter for å generalisere resultatet.

Johannesen, Tufte og Christoffersen (2010) skriver at det for noen tiår tilbake hadde kvantitativ forskning en dominerende stilling i samfunnsvitenskapen og samfunnsvitenskapelig metode var i høy grad knyttet til kvantitativ metode. Kvalitativ forskning har nå fått større utbredelse, og med denne økende bruken har kritikken mot ensidig bruk av kvantitativ metode økt.

Det er i praktisk forskning ikke et entydig skille mellom kvalitativ og kvantitativ metode, og (Ibid., s.363) skriver: "Svært ofte vil det være hensiktsmessig å kombinere disse to metodene".

4.2.3 Metodetriangulering

Å kombinere kvalitative og kvantitative metoder kalles gjerne metode triangulering. Triangulering kommer blant annet fra Navigasjons læren hvor man ved hjelp av minst to posisjoner finner avstanden til den tredje. Det gir egentlig et godt bilde på hva metodetrianguleringer handler om. Man studerer et fenomen fra flere perspektiver, altså ved

hjelp av flere metoder, for i større grad å kunne sikre sine resultater og oppnå større forståelse for fenomenet.

Fordelen med metode triangulering er at man kan sammenligne dataene som man tilegner seg gjennom de to metodene. Om de fører til like konklusjoner så får man en bekreftelse på at konklusjonen stemmer. Om de to tilnærmingene derimot leder mot sprikende konklusjoner, tenker en seg at dataene er mer komplette og dermed kan gi et mer nyansert bilde på forståelsen av fenomenet. Tanken er at ved å kombinere metodene så utligner de sine svakheter og styrker, slik at man står tilbake med mer reliable resultater. På den andre siden argumenterer Williamson (2005) for at siden metodene har forskjellig bakgrunn så er det en fare for at analysen og sammenligningen av dataene ikke gjør analysen mer nøyaktig, men snarere utvider analysen.

4.2.4 Valg av tilnærming

Som problemstillingen sier så ønsker vi å undersøke den innledende kommunikasjonen mellom likepersoner, pasienter og helsepersonell.

Gjennom en kvantitativ undersøkelse vil vi kunne se på bredden av et fenomen og generalisere resultatet. Siden vi har mulighet til å undersøke alle likemenn i organisasjonen Momentum vil vi dermed kunne kartlegge hvordan likemennene generelt opplever kommunikasjonen fra deres ståsted. Siden de alle har vært pasienter vil de også kunne gi uttrykk for hvordan kommunikasjonen fungerer fra den siden. Denne innfallsvinkelen vil dermed gi oss mulighet til å kunne generalisere for hvordan likepersoner i hele organisasjonen opplever kommunikasjonen. Kommunikasjon innebærer naturlig nok flere aktører og denne kvantitative undersøkelsen vil jo bare belyse den opplevde kommunikasjonen fra denne siden og ikke gi innspill fra helsepersonell. En kvantitativ undersøkelse med helsepersonell som respondenter vil kunne gi oss mulighet til å generalisere hvordan helsepersonell opplever kommunikasjonen. Helsepersonell er en stor gruppe og sett i forhold til forskjeller i arbeidsoppgaver vil det variere veldig, hvor naturlig det er, at de har kontakt med likepersonsordningen. Slik sett vil en slik kvantitativ undersøkelse, sannsynligvis gi oss for store ressursmessige utfordringer i forhold til skoleoppgavens naturlige begrensninger.

Gjennom en kvalitativ undersøkelse, av få informanter, vil vi kunne hente ut mer informasjon. Denne informasjonen ville kunne gi en dypere og mer nyansert forståelse av

kommunikasjonen som foregår mellom aktørene. På den andre siden vil det være mer utfordrende å generalisere for organisasjonen Momentum i sin helhet og komme frem til et representativt utvalg. Likepersoner er for eksempel spredt over hele landet og det ville være naturlig å anta at det er forskjell på aktivitetsnivå og dermed grad av kommunikasjon, basert på forskjeller på befolkningstetthet og nærhet til helseinstitusjoner. I forhold til gruppen helsepersonell i problemstillingen vår vil en kvalitativ tilnærming kunne gi oss informasjon om hvordan de opplever kommunikasjonen med likepersonsordningen. Siden helsepersonell som gruppe er såpass stor og i varierende grad har kontakt med likepersonsordningen og dermed vanskelig for oss å undersøke gjennom en kvantitativ tilnærming. En kvalitativ tilnærming vil gjøre at vi kan velge ut noen få informanter som er aktuelle og som er i kontakt med likepersoner og pasienter.

Vi velger å gjennomføre undersøkelsen gjennom en kvalitativ undersøkelse av helsepersonell og kvantitativ undersøkelse av likepersoner i Momentum. I analysen vil vi benytte oss av metodetriangulering av aktuelle resultater fra de to metodene. Hvis resultatene spriker vil det kunne gi oss et mer nyansert bilde på om kommunikasjonen fungerer og om det er slik at resultatene er sammenfallende vil vi kunne få en bekreftelse på resultat. Dermed bør vi ha et bedre grunnlag for å kunne komme med en konklusjon for problemstillingen.

4.2.5 Kvalitetsvurdering og etikk

Oppgaven er løst gjennom en kvantitativ og kvalitativ undersøkelse. Når det gjelder pålitelighet så er det knyttet til dataene som vi har fått inn og hvordan vi tolker informasjonen. Vi har redegjort for utvalget vårt i undersøkelsene. I den kvantitative undersøkelsen har vi spurt alle likemenn i organisasjonen Momentum. I den kvalitative undersøkelsen har vi forsøkt å intervju personer som gjennom sin jobb, samarbeider med likepersoner. Informanten som jobber ved sykehus, fant vi gjennom hjemmesider til et sykehus. De to personene som jobber med rehabilitering, kjente Erik fra sitt eget rehabiliterings løp. Så man kan si at utvalget er gjort basert på allerede etablerte relasjoner og tilfeldighet. Å si noe om at de representerer helsepersonell på generell basis i Norge er vanskelig, men de gir en god indikasjon på hvordan kommunikasjonen oppleves fra helsepersonellens side. Ut i fra det vi vet om dette sykehuset og rehabiliteringssenteret så fokuseres det på bruk av likepersonstjenesten.

Siden det er vi som tolker våre funn, påvirker det påliteligheten. Vi har gått inn i problemstillingen med en hypotese om at det er noe som ikke fungerer i kommunikasjonen. Selv om vi har vært klar over dette i hele prosessen og forsøkt å ta høyde for det ved å være åpne og stille ikke ledende spørsmål er det naturlig at undersøkelsen og analysen i en eller annen grad preges av dette. Påliteligheten preges nok også at vi er relativt uerfarne når det kommer til å gjennomføre større undersøkelser, for å løse problemstillinger. Samtidig så undersøker vi et hypotetisk praktisk problem i en tjeneste og det er av en stor verdi å se at man kan støtte seg på organisasjonsteori og metodeteori for å belyse problemstillingen på en pålitelig måte.

Dermed åpner spørsmålet seg for hvor troverdig undersøkelsen er, representerer den virkeligheten? Vi føler at oppgaven er troverdig. Vi gjør flere funn i den kvantitative undersøkelsen som belyser problemstillingen. Den kvalitative undersøkelsen både støtter og nyanserer funnene og på den måten styrker den troverdigheten til oppgaven.

Når det kommer til overførbarhet så handler det om at funnene i oppgaven skal komme andre til nytte og at kunnskapen skal kunne brukes i andre sammenhenger. Siden systemet for likepersonsordningen i Norge er likt for foreninger, er det rimelig sannsynlighet for at funnene i denne oppgaven i varierende grad er overførbar til andre organisasjoner. I teorien tar vi opp i kommunikasjonsperspektiv sammenhengen mellom organisasjoner og teknologiutvikling. Dette er hverdagen til alle organisasjoner og som vi alle må forholde oss til.

Er funnene våre i overenstemmelse med virkeligheten eller er de et produkt av våre subjektive holdninger. Ved å holde oss til metoden, beskrive fremgangsmåten og presentere resultatene og dataene mener vi at det er overenstemmelse mellom resultater og virkelighet.

Forskning må alltid underordne seg etiske prinsipper og juridiske retningslinjer, for å vurdere om handlinger er riktige eller gale (Johannessen et al., 2010). Etikk dreier seg om forholdet mellom mennesker og etiske problemstillinger oppstår når forskningen direkte berører mennesker, spesielt i forbindelse med datainnsamlingen. Hvis forskningsresultatene brukes på en sånn måte at menneskers oppfatning av seg selv endres drastisk, vil dette kunne få følger for dem som rammes. Noen ganger er endring ønsket, så det kan også være et positivt resultat av forskningen hvis folks vaner eller handlingsmønstre endres til det bedre. Etiske hensyn innebærer at forskere må tenke over hvordan et tema kan belyses uten at det får uforsvarlige konsekvenser for mennesker eller hele samfunn. Forskningsetiske retningslinjer handler ifølge

Johannessen, Tufte og Christoffersen (2010, s. 91-92) om tre retningslinjer: "*Informantens rett til selvbestemmelse og autonomi, forskerens plikt til å respektere informantens privatliv, og forskerens ansvar for å unngå skade.*" Vi har forsøkt å følge disse retningslinjene ved å påpeke at det er frivillig å delta, og vi har respektert privatlivet ved ikke å stille sensitive og altfor personlige spørsmål. Personene i vår kvantitative undersøkelse har vært gjennom traumatiske situasjoner i forbindelse med amputasjonen, men de er samtidig utdannede og godkjente likepersoner. Det er slik at, en av forutsetningene for å bli godkjent er at du har "kommet over" dine egne traumer i forbindelse med skaden. Derfor mener vi at undersøkelsen ikke skal være til noen skade for respondentene. Når det gjelder intervjuene vi gjorde på epost så har vi behandlet disse med varsomhet, og alle utskrifter blir makulert etter at oppgaven er forsvart muntlig.

5 Datainnsamling og analyse

5.1 Kvantitativ undersøkelse

Den kvantitative undersøkelsen i vårt tilfelle dreier seg om likepersonene som arbeider i Momentum. Personene forskeren ønsker å undersøke betegnes ofte som enhetene i undersøkelsen (Johannessen et al., 2010). Enhetene som bidrar i vår undersøkelse er samtlige likepersoner i Momentum som har muligheten til å svare på en slik undersøkelse ved hjelp av en nettbasert løsning. Det er noen få som bortfaller fordi de ikke bruker PC, internett og email. I praksis er det ofte det er vanskelig eller nærmest umulig å få med samtlige personer i en undersøkelse, på grunn av at det ofte er et stort antall personer som skal undersøkes. Hele målgruppen betegnes som populasjonen og da velges det ut noen enheter som kalles utvalg. Det finnes flere utvalgsmåter som gjør det svært sannsynlig at man får et representativt utvalg og som vil gjøre det mulig å beregne sannsynligheten for at resultatene fra et utvalg befinner seg nære resultatet i hele populasjonen. Når vi ser på vårt tilfelle vil utvalget være samtlige av likepersonene i Momentum, som både er protesebrukere og utdannede likepersoner. Vi vil derfor henvende oss til samtlige av de berørte i organisasjonen som har opplevd likepersonstjenesten både som pasient og likeperson og dermed få et veldig stort utvalg i forhold til populasjonen. Det vi kan vurdere er å generalisere resultatene til også å gjelde likepersoner i andre organisasjoner, og da benevne samtlige likepersoner fra alle

organisasjoner som populasjonen. Dette vil være veldig usikkert da Momentum er en liten organisasjon, men man kunne da vurdere å henvende seg til en av de store organisasjonene for å gjøre en undersøkelse der for å se om resultatene samsvarer med undersøkelsen i Momentum.

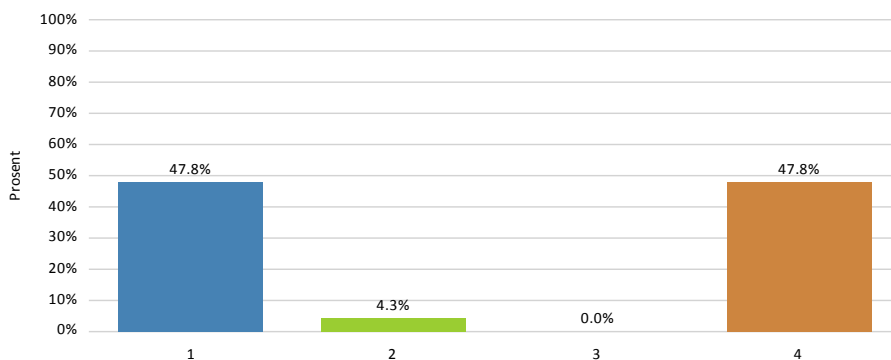
Når det gjelder svarrespons så er det slik at respondenter unnlater å svare av forskjellige årsaker, det er neppe gjennomført en undersøkelse hvor alle har svart. Johannessen, Tufte og Christoffersen (2010) skiller mellom bruttoutvalg, som er alle respondenter som er valgt ut, og nettoutvalg som er bruttoutvalget fratrukket bortfallet. Nettoutvalget er altså den andelen som svarer og det kan kalles svarrespons eller svarprosent, som er nettoutvalget i prosent av bruttoutvalget. Det er et mål å få størst mulig svarrespons, men i de senere årene har svarresponsen været fallende og det er svært sjelden at utvalgsundersøkelser får så høy svarrespons som 80-90 % (Johannessen et al., 2010). Johannessen, Tufte og Christoffersen (2010) sier at det er mer vanlig at 30-40 % svarer og som en tommelfingerregel kan vi si at mer enn 50 % er en bra svarrespons.

Hva er konsekvensene av bortfall? Det kan føre til at sammensetningen i nettoutvalget endres i forhold til sammensetningen i bruttoutvalget, og da kan det ikke lenger sies å være representativt.

Av respondentene til vår undersøkelse ser vi at andelen kvinner og menn i nettoutvalget harmonerer med andelen kvinner og menn i bruttoutvalget. Bruttoutvalget var opprinnelig 62 personer, men 11 personer hadde ugyldig epost adresse og har ikke mottatt undersøkelsen. Det vil si at vårt reelle bruttoutvalg er på 49 personer. Når 26 personer har svart, gir det oss en svarprosent på 53 %. Vi har sendt spørreundersøkelsen til 10 kvinner og 39 menn. I spørsmål 1 som omhandler kjønn ser vi at 26.9 % av svarene kommer fra kvinner så her harmonerer nettoutvalget med bruttoutvalget. Vi ser samme tendensen i aldersgruppene, selv om vi har litt få svar fra personer under 40 år. Det skyldes at det er få likepersoner under 40 år. På en annen side er det sannsynlig at de som har svart er de mest aktive likepersonene og dermed også de som har best forutsetninger for å svare på spørsmålene som blir stilt.

5.1.1 Resultater fra kvantitativ undersøkelse

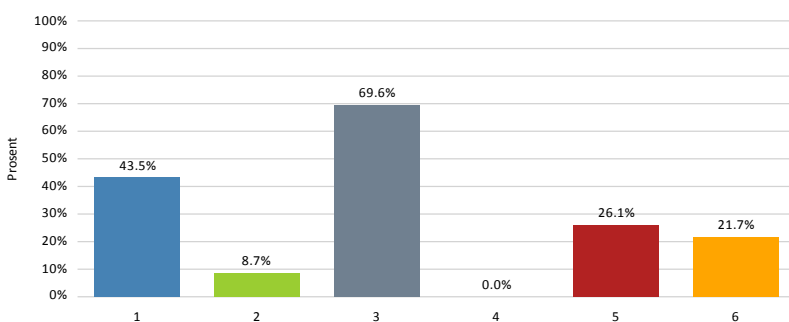
Spørsmål 5: Hvordan foregår den første kontakten mellom pasienter og deg som likeperson?



1 Telefon 2 Post 3 Email 4 Annet

Svar under annet: ansatte på sykehus, kontaktperson sykehus eller rehab. Institusjon, via rehabiliterings institusjonen

Spørsmål 6: Hvor fikk pasientene sin kontaktinformasjon om likepersonensordningen?



1 Brosjyrer 2 Hjemmeside Momentum 3 Helsepersonell 4 Facebook eller andre sosiale medier 5 Gjennom andre pasienter 6 Annet

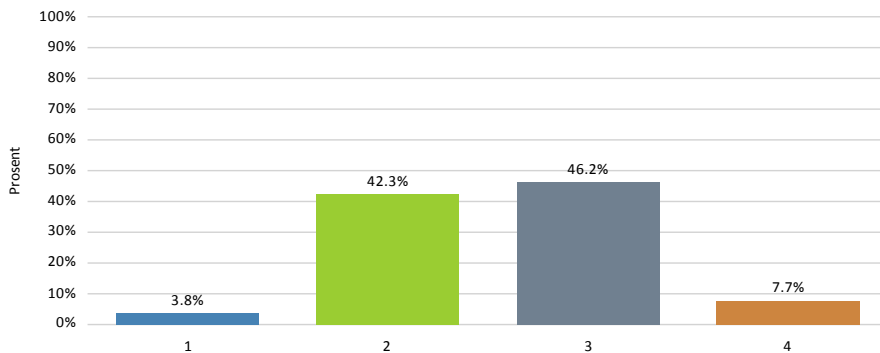
Svar under annet var Oppslag på proteseverkstedet, Momentum konvolutt, Personlig møte, Gjennom styreleder Momentum

Spørsmål 5 og 6 omhandler kontakten mellom likeperson og pasient sett fra likepersonens perspektiv. Vi ser av svarene at pasienten kontakter likepersonen pr. telefon i nesten halvparten av tilfellene, en liten andel tar kontakt pr. post, mens resten går via helsepersonell og institusjoner.

43,6 % sier de har fått brosjyrer fra Momentum, og i tillegg er det noen som har svart dette under alternativet ”annet”. Under ”annet” svarer respondentene oppslag/plakat, brosjyrer og personlige møter som kontakt til likepersonensordningen. Vi ser også at 69,6 % sier de har fått

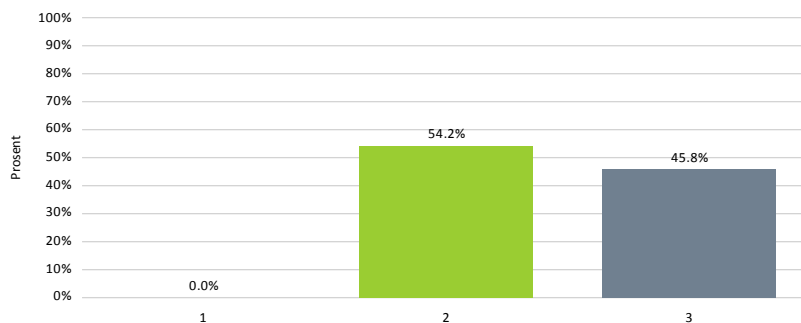
informasjonen gjennom helsepersonell. Det har en naturlig sammenheng med at helsepersonell skal dele ut brosjyrer til alle pasientene slik at disse kan lese seg til informasjon om hvordan de går videre for å finne en likeperson. Vi ser også av svarene at pasientene har dialog om dette temaet seg imellom, det er 26,1 % som forteller at informasjonen kommer fra medpasienter.

Spørsmål 7 hvor viktig er det å ha en likeperson med samme type skade?



1 ikke viktig 2 Viktig 3 Svært viktig 4 Vet ikke

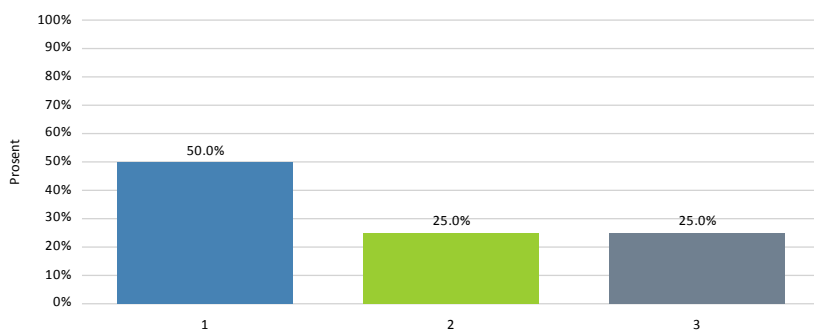
Spørsmål 8: I hvilken grad opplever du at likeperson fordeles i forhold til pasientens skade?



1 Ikke i det hele tatt, 2 I liten grad, 3 I stor grad

I spørsmål 7 og 8 spør vi om type skade i forhold til den skade likepersonen har, og det vi er ute etter er om pasientene får tildelt en likeperson med samme skade og om de synes dette er viktig. Det er kun 3,8 % som ikke synes dette er viktig og 7,7 % har svart ”vet ikke”. Det tolker vi slik at de fleste synes at å ha en likeperson med samme skade er det pasienten ønsker seg. Men opplevelsen av dette stemmer ikke med pasientens ønsker, 54,2 % svarer at de i liten grad tildeles en likeperson etter disse kriteriene.

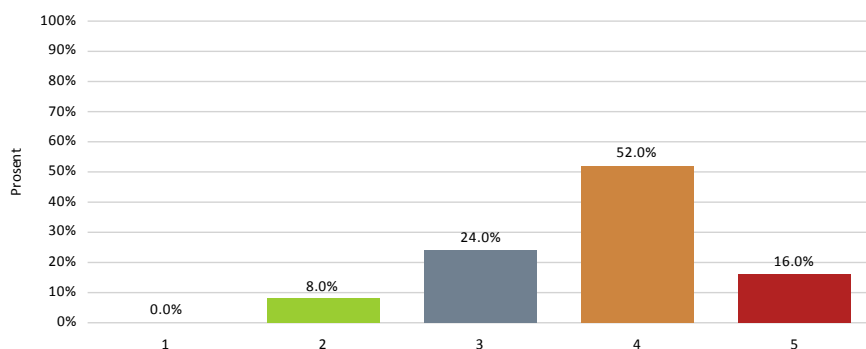
Spørsmål 9: Synes du kommunikasjonen med helsepersonell fungerer?



1 Ja, 2 Nei, 3 Ingen kommunikasjon

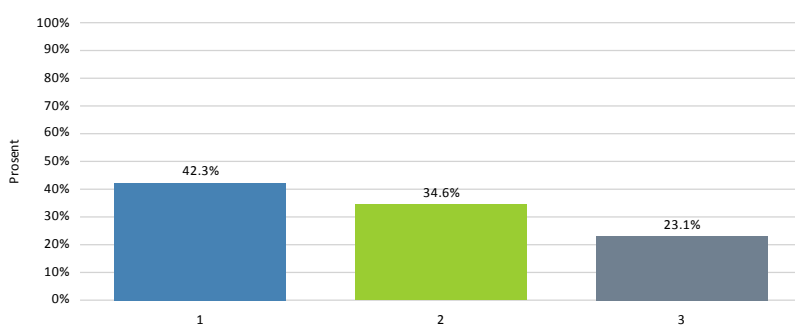
Spørsmål 9 og 10 omhandler kommunikasjonen mellom helsepersonell og likeperson. Her svarer 50 % at det fungerer, 25 % sier det ikke fungerer og 25 % har ingen kommunikasjon i det hele tatt. I routingspørsmål nummer 10 spør vi om hva som ikke fungerer og da nevnes at helsepersonell er likegyldige, ikke informerer om likepersonstjenesten og at de ikke kjenner godt nok til den. Det påpekes også mangelfulle rutiner, tjenesten er ikke tatt inn i behandlingslinjen, og det kan ha noe med tidspresset på personellet og gjøre.

Spørsmål 11: Hvor tilfreds er du med likepersonskurset som gis i dag?



1 Svært lite tilfreds, 2 Lite tilfreds, 3 Nøytral, 4 Tilfreds, 5 Svært tilfreds

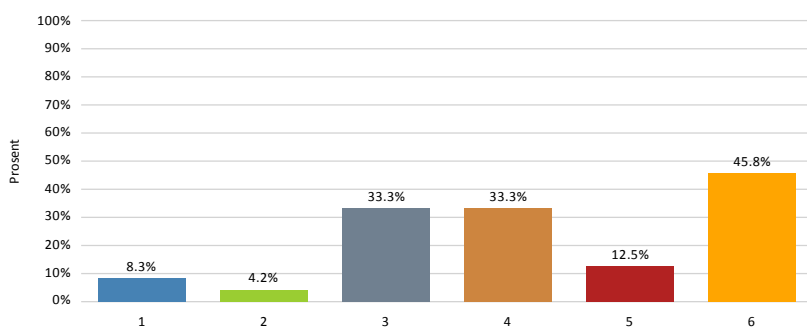
Spørsmål 12. Hvis det var mulig, kunne du tenke deg mer utdanning og lønnet arbeid som likeperson?



1 Ja, 2 Nei, 3 Vet ikke

Spørsmål 11 og 12 omhandler likepersonskurs og om respondentene kunne tenke seg å ha lønnet arbeid som likeperson. Mer enn 60 % er fornøyd med likepersonskurset de mottar i dag. Det betyr blant annet at de mener at de får nok kompetanse gjennom kurset for å levere tjenesten. 42,3 % sier de kan tenke seg å ta mer utdanning og jobbe som likemenn med lønn. Det er mulig det er uttrykk for at de ønsker seg en mer formalisert tjeneste, men det kan også ligge personlige motivasjoner, i forhold til at de i større grad ønsker å holde på med likepersonsarbeid.

Spørsmål 13: Som nyoperert, hvordan fikk du informasjon om Momentum?



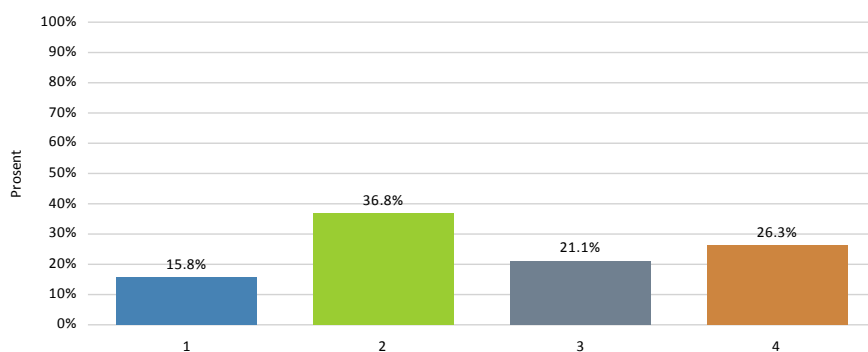
1 Internett, 2 Telefon, 3 Telefon, 4 Helsepersonell, 5 Medpasienter, 6 Annet

Under annet ble det svart: Proteseverkstedet, noen ble operert før Momentum ble startet, Gjennom Momentum

Spørsmål 13 handler om hvordan du som pasient fikk informasjon om foreningen Momentum. Vi ser at kun 8,3 % fant informasjon på internett, mens 66,6 % fikk sin informasjon fra brosjyrer og helsepersonell. Det er også en relativt stor andel som har krysset på ”annet” og der nevnes proteseverksted og at noen ble amputert før foreningen ble stiftet.

Spørsmål 14 er et åpent spørsmål som omhandler kontakten mellom pasienten og likepersonen, samt prosessen rundt dette. Her er det mange forskjellige svar, 4 stk. ble amputert før ordningen kom, 3 stk. har ikke fått informasjon i det hele tatt, 2 har gått direkte gjennom Momentum, og resten har fått kontakt gjennom forskjellige helseinstitusjoner.

Spørsmål 15: Hvor enkelt var det for deg å få kontakt med en likeperson?

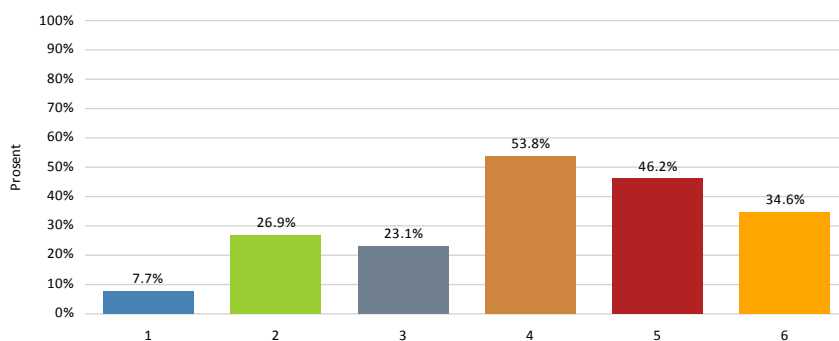


1 Svært enkelt, 2 Enkelt, 3 Vanskelig, 4 Svært vanskelig

I spørsmål 15 spør vi hvor enkelt det var å få kontakt med en likeperson, og i 16 og 17 spør vi om hva som gjorde det enkelt/vanskelig. Svarene er ganske jevnt fordelt men det er 26,3 % som synes det var svært vanskelig, og 21,1 % som mener det var vanskelig. I beskrivelsene

om hva som var enkelt eller vanskelig ser vi tydelig at når helsepersonellet er flinke til å informere så opplever pasienten at det blir enkelt å få kontakt. Det samme nevnes som vanskelig, når personellet ikke opplyser om mulighetene så blir det ikke lett å finne frem til likepersonstjenesten. De svarer at de ikke fant frem, hvordan de skulle finne frem, og vanskeligheter med å finne personen som skulle kontaktes.

Spørsmål 18: Hvilke forbedringer kunne du tenke deg for å gjøre kommunikasjonen mellom aktørene enklere?



1 Bedre brosjyrer, 2 Mer aktivitet på sosiale medier, 3 Mobilapplikasjoner, 4 Egne nettsider for likepersoner, 5 Internett forum for likepersoner, 6 annet

Under annet gikk temaene som ble tatt opp på tettere samarbeid med helsetjenesten for da fungerer det bedre, få likepersonstjenesten inn i behandlingslinjen. Bedre systemer internt i foreningen. Likepersoner bør presenteres bedre, med bilde og forklaring av hvilken skade personen selv har.

I spørsmål 18 ville vi at respondentene skulle komme med forslag til forbedringer av tjenesten, og det ble laget noen svaralternativer som hadde til hensikt å se på om kommunikasjonen kunne bedres ved bruk av internett. Som vi ser er det kun 7,7 % som ønsker seg bedre brosjyrer, mens hovedvekten av svarene ligger på sosiale medier, mobilapplikasjoner, nettsider og forumer på nettet. Under annet nevnes særlig institusjonene, både positivt og negativt. Bedre opplæring og informasjon til helsepersonell, få likepersonstjenesten inn i behandlingslinjen, og mer engasjement fra sykehusene og personellet der.

Spørsmål 19: Hvilke andre utfordringer ser du ved kommunikasjonen i likepersonstjenesten?

I dette åpne spørsmålet ønsker vi at respondentene skal belyse utfordringer de ser med likepersonstjenesten i dag. Det er 17 stk. som har svart på dette spørsmålet.

Vi ser et tydelig mønster når det gjelder opplæring, koordinering, aktivitetsnivå, og at det er problemer med "å fange opp" pasienter etter operasjonen. Det er uklart hvor mange av de nylig amputerte som egentlig får informasjon om at de kan bli kontaktet av en likeperson, og det ser ut som at helsepersonellet er nøkkelen for å bedre dette. Vi har ikke nøyaktig oversikt over hvor mange som blir amputert hvert år, men vi vet at det er snakk om tusener av tilfeller.

I svarene nevnes, bedre utdanning, faste møter, utveksling av erfaring mellom likepersoner over hele landet, sosiale treffpunkter og andre arenaer hvor pasienter og likepersoner kan møtes.

En respondent forteller at, "sykehusets personell sa at dem hadde ingen og dem trodde at jeg ikke ville ha særlig utbytte av en slik samtale". Vedkommende mener at en holdningsendring må til hos sykehuspersonellet og det påpekes av flere at sykehusene ikke ser på arbeidet som likepersonene gjør som viktig for pasienten. Flere sier at de ikke tror at sykehusene ser på denne tjenesten som viktig. Det påpekes flere steder at likepersonstjenesten på en eller annen måte bør inn i behandlingslinjen, at det innarbeides rutiner og lik praksis hos alle. Noen nevner knapphet på ressurser i helsevesenet som en mulig årsak til at det ikke fungerer.

Det etterlyses likepersonskoordinatorer som hjelper til med å få adgang på sykehusene, slik at ikke hver likeperson sitter på sitt eget "revir". Flere mener at en slik koordinator bør fordele arbeidet mellom likepersonene og de savner "oppdrag" som likepersoner.

Det nevnes også at det er alt for lite fokus på de pårørendes rolle i både opplæring, arbeid og besøkstjeneste.

5.2 Funn i kvalitativ undersøkelse

Ved kvalitative undersøkelser forsøker man å få mye informasjon fra et begrenset antall personer, betegnet som informanter. Da vil spørsmålene bli: Hvor mange skal vi intervju? Hvor stort bør utvalget være? I følge Johannessen, Tufte, Christoffersen (2010) så hevder mange forskere at det bør gjøres intervjuer helt til forskeren ikke får noen ny informasjon, men at i teorien er det ingen øvre eller nedre grense for antall intervjuer.

Hensikten med kvalitative undersøkelser er å få mest mulig kunnskap om fenomenet man undersøker og ikke foreta generaliseringer. Rekrutteringen er sjelden tilfeldig, men har et klart mål. I metodelitteraturen kalles dette for strategisk utvelgelse, som vil si at forskeren finner målgruppen og deretter plukker informanter fra denne målgruppen. I vårt tilfelle velger vi et intensivt utvalg (Johannessen et al., 2010) og begrunnelsen for å velge en slik strategi er å få med personer som kan bidra med mye informasjon om likepersonstjenesten. Derfor har vi valgt informanter som har erfaring med likepersoner og arbeidet disse gjør.

Vår kvalitative undersøkelse omhandler intervjuer av helsepersonell, det vil si to fysioterapeuter, samt en sykepleier ved et sykehus. De tre som er intervjuet har erfaring med, og jobber nært likepersonstjenesten i forskjellige organisasjoner.

Når det gjelder antall informanter så kan dette synes å være lite, men vi gjør den kvalitative delen som et supplement til den kvantitative for å få belyst problemstillingen fra flere parter.

Vi har valgt å gjøre våre intervjuer på epost, dette på grunn av geografiske avstander og tidsbruk. Helsepersonell har en travel hverdag og når de får intervjuet tilsendt så har de mulighet for å svare når det passer. De har også bedre tid til å tenke seg om på hvert spørsmål. Ulempen er at vi ikke får stilt oppfølgingsspørsmål underveis slik man har muligheter til i et personlig "face to face" intervju.

Undersøkelsen er gjennomført som et strukturert epostintervju med åpne spørsmål. I følge boken til Johannessen, Tufte og Christoffersen (2010,s.137), så kan dette likne på intervjuer basert på prekodete spørreskjemaer. Forskjellen ligger i at spørsmålene i kvalitative intervjuer stort sett er åpne, det vil si at det ikke er formulert svaralternativer på forhånd.

De to første stegene i fenomenologisk analyse (Ibid.) er; 1. Danne helhetsinntrykk og sammenfatning av meningsinnhold og 2. Finne koder, kategorier og begreper. Disse stegene er innfridd fordi intervjuet består av prekodete spørsmål. Analysen begynner derfor med en kondensering av intervjuene og presenteres i tabellform for hvert spørsmål, vedlagt i *vedlegg 1*. Det siste steget i analysen er sammenfatningen. Sammenfatningen har til hensikt å finne mønstre, sammenhenger og fellestrekk eller forskjeller.

5.2.1 Sammenfatning av kvalitativ intervju

Alle de tre informantene gir inntrykk av at de synes det er en fordel at det er færrest mulig likepersonsorganisasjoner for samme diagnose å forholde seg til. De mener organisasjonene vil kunne ha hatt nytte av å ha stått mer samlet. Informantene ser på likepersoner som en

ressurs og at de gjennom sin kompetanse gir et viktig bidrag i forhold til rehabiliteringen av pasienter.

Informantene gir inntrykk av at det ved rehabiliteringssentrene er rutine å henvise til likepersonstjenesten. Teamleder og fysioterapeuter er ansvarlige for at pasienter informeres og for tilbud om å møte likeperson. Informasjonen formidles muntlig, og ved at pasienten får en konvolutt fra likepersonstjenesten. Det avholdes også informasjonsmøter for pasienter på rehabiliteringssenteret av likepersonstjenesten. Informanten fra sykehuset sier at det er rutine å informere om likepersonstjenesten ved en avdeling, mens det ellers ikke er innarbeidde rutiner for å gi slik informasjon. Derfor varierer praksisen for hver avdeling. Informanten har inntrykk av at det er få som er flinke til å informere om likepersonstjenesten på sykehuset.

I forhold likepersonenes kompetanse så trekker informantene frem at de har kompetanse gjennom sin erfaring som amputert og en av informantene trekker frem at det bør være ett generelt kurs for alle likepersoner. På den andre siden trekker de frem at gjennomført kurs ikke er det samme som personlig egnethet.

Informantene ser ingen problem i forhold til taushetsplikten og føler den er ivaretatt. Rehabiliteringstjenesten kommuniserer med likemenn gjennom forhåndsavtalte møter og over telefon ved behov. Det er kun en informant som kommuniserer med likepersonsorganisasjonen sentralt, og det er av og til. Informantene gir uttrykk for at kommunikasjonen fungerer med likepersonene. Som forbedringer trekker de frem behov for bedre nettløsninger. Likepersonene bør trekkes inn på sykehusene og inn på avdelingene. De kunne ønske seg at likepersonsorganisasjoner var i større grad var samlet under ett og skapte en bedre dialog med sykehusene. En informant ønsker mer informasjon om hvilken informasjon som skal gis om likepersonsordningen.

Som en oppsummering gir informantene uttrykk for at likepersoner er viktige brikker i forhold til rehabilitering av pasienter. Det virker som at de kunne ønske seg færre aktører å forholde seg til. Det gis uttrykk for at de ser den verdifulle kompetansen som likepersoner har, samtidig som de muligens ønsker at likepersoner har et likt kurs for å sikre at de har en viss formell kompetanse. Selv om de sier at kommunikasjonen fungerer kan det virke som at de ønsker seg mer informasjon og dialog, gjerne gjennom IKT, men også gjennom personlig kontakt.

6 Presentasjon og tolkning av funnene i undersøkelsene

Hensikten med oppgaven er å svare på vår problemstilling som er:

”Fungerer den innledende kommunikasjonen mellom helsepersonell, pasient og likepersonstjenesten tilfredsstillende?”

For å nærme oss et svar på problemstillingen, diskuterer vi de tre underspørsmålene. Spørsmålene tar for seg hvordan partene i problemstillingen opplever at kommunikasjonen fungerer.

6.1 Hvordan opplever dagens likepersoner at kommunikasjonen med pasienter og med helsearbeidere fungerer?

Likepersonene gir uttrykk for at pasientene som de kommer i kontakt med har fått sin informasjon i størst grad fra helsepersonell og brosjyrer. Det harmonerer med hvordan systemet er bygd opp. At helsepersonell skal informere om likepersonstjenesten og overlevere brosjyremateriell, som gir informasjon om hvordan pasienten oppnår kontakt. Et argument for at pasientene selv må ta kontakt er av personvernsmessige hensyn. Sykehuset kan ikke fortelle likepersonstjenesten at noen er operert sånn uten videre. Samtidig sier 26,1 % at de har fått informasjon fra andre pasienter, det kan tyde på at nettverksbyggingen starter på sykehuset. Det er ingen som har fått informasjon fra sosiale medier og det harmonerer med at foreningen ikke har vært eller er veldig aktiv på disse kanalene. Når vi ser på svarene fra helsepersonell, finner vi at svarene fra likepersonene delvis støttes. Helsepersonell som jobber med rehabilitering sier de har rutine for å henvise til likepersonstjenesten, men den ene personen sier at den er usikker på hvordan det er ellers i helsevesenet. Informanten fra sykehuset gir uttrykk for at det er rutine ved en avdeling, men at hun tror ellers at det varierer fra avdeling til avdeling. Siden vi har behandlet helsepersonell som en gruppe i spørreundersøkelsen kan vi ikke si noe sikkert om hvordan likepersoner og pasienter opplever dette. Men i de åpne spørsmålene og kommentar feltet under, kan vi lese at de har fått informasjon fra både sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner.

Når det gjelder den første kontakten så ser vi at den skjer via telefon eller gjennom helsepersonell, litt artig er det at 4.3 % også har fått kontakt gjennom postgangen. Det er

ingen som har tatt kontakt gjennom epost. Det harmonerer med at systemet er bygd opp rundt brosjyrer og muntlig formidling fra helsepersonell. Informantene fra rehabiliteringen sier jo også at de arrangerer møter med likepersoner for pasienter.

Likepersonene gir uttrykk for at det er, viktig eller svært viktig (88,5 %) at en likeperson og pasient har samme type skade. Det støttes indirekte gjennom den kvalitative undersøkelsen, hvor informantene gir uttrykk for likepersoners legitimitet kommer gjennom sin erfaring med sin amputasjon, det går for eksempel på at pasienten skal se at det er en fremtid, for eksempel med benprotese. At pasienten kan få svar og rettleiding på alt hun måtte lure på fra en som har opplevd akkurat det samme. Over halvparten av likepersonene gir uttrykk for at likepersoner i liten grad fordeles til pasienter i forhold til type skade. Vi kan ikke si noe om hvorfor det er slik eller hvorfor systemet sannsynligvis ikke tar hensyn til dette aspektet. Det kan jo tenkes at det skyldes at likepersoner er spredt over hele landet og at ikke alltid er lett å finne en lokalt med samme type skade. Når det er sagt så er dette i dag med de «nye» kommunikasjonskanalene et mye mindre problem enn tidligere og burde være lett å løse.

I den kvantitative undersøkelsen gir halvparten av likepersonene uttrykk for at kommunikasjonen med helsearbeideren fungerer, mens 25 % sier at den ikke fungerer og de siste 25 % sier at det ikke foregår kommunikasjon. Helsearbeiderne gir også et bilde av at kommunikasjonen enten er satt i system eller at den ellers bærer litt preg av å være vilkårlig i forhold til lokalt engasjement. Respondentene fikk mulighet til å kommentere hva som ikke fungerte. De peker på at helsepersonell ikke informerer om likepersonstjenesten. De sier at det kan skyldes likegyldighet, at de er dårlig informert om tjenesten, at det mangler rutiner og at de ikke har tid. Det er ikke lett å si hvorfor det er slik med støtte i undersøkelsene. En refleksjon er at mye av legitimiteten til likepersonene blir skapt av likepersonene selv og deres engasjement. De må i varierende grad selge seg inn til helsearbeiderne og gjøre seg tilgjengelig for både pasienter og helsearbeidere. Vi har intervjuet to personer ved et rehabiliteringssenter som opplever suksess, og vi ser gjennom undersøkelsen at de har et samarbeid med likepersoner i Momentum, men i mindre grad med den andre organisasjonen, LFA. Gjennom å tolke undersøkelsene og små utsagn som «jeg får ikke likepersonssamtaler» og sånne som «her er det stille i forhold til aktivitet» kan det være at likepersoner ikke ser sin rolle i systemet. Samtidig er det et faktum at likepersonstjenesten ikke er en del av behandlingslinjen, det kan være med på at det ikke blir prioritert å gi informasjon på sykehusene.

Likepersonskurset blir viktig i forhold til å legitimere en likeperson i forhold til helsevesenet. Likepersonene gir uttrykk for at likepersonskurset er av tilfredsstillende kvalitet. Samtidig så ser vi at informanten fra sykehuset jobber med å få til et likt likepersonskurs for alle organisasjoner. For i dag er det slik at organisasjonene lager og gjennomfører kursene sine selv. Det kan hende at helsevesenet opplever et større behov for formell kompetanse enn likepersonene selv, men undersøkelsene sier ikke noe spesifikt om dette. I kommunikasjon kan gjensidig tillit være et viktig element, men i forhold til kommunikasjonskulturen i helsevesenet kan kvalitetssikring og formell kompetanse også være like viktige faktorer. Spørsmål 12 er et spørsmål som åpner for fortolkninger. Det handler om likepersoner kunne tenkt seg en mer formell rolle i behandlingssystemet. Vi ser jo at informanten på sykehuset jobber med et prosjekt for å få likepersoner inn på avdelingene og da kan jo en mer formell rolle, som ansatt koordinator, være aktuell. I undersøkelsen ser vi at 34 % prosent er fornøyd med systemet og at 42 % kunne tenke seg mer utdanning og å ha likepersonsarbeid som lønnet arbeid.

Når vi spør likepersonene om forbedringer som de kunne tenke seg i forhold til å kunne gjøre kommunikasjonen enklere mellom aktørene, så var vi spesielt interesserte i hvilke teknologiske kanaler de kunne tenke seg å ta i bruk, men vi åpnet også ett kort kommentar felt, under annet for å se om det var noe vi overså. Vi ser at faktisk 7.7 % ønsker seg bedre brosjyrer mens mange ønsker seg mer aktivitet på digitale medier. Vi ser at 46.2 % ønsker seg internettforum for likepersoner og 53.8 % ønsker seg nettsider for likepersoner. Det kan være et uttrykk for at de ønsker mer dialog seg i mellom, samt bygge seg et sosialt nettverk som de kan støtte seg på. Vi ser at 26.9 % ønsker seg mer aktivitet på sosiale medier. Vi ser også at 23.1 % ønsker seg egne apper. Totalt sett så sier dette noe om at likepersonene ønsker seg mer dialog og få muligheten til å bygge seg nettverk. I motsetning til typiske hjemmesider som formidler informasjon som enveiskommunikasjon, akkurat som brosjyrer, så åpner jo sosiale medier for dialog. Likepersonene erkjenner altså behovet for å være mer tilgjengelige, både for hverandre, men også for pasient og helsearbeidere. Under annet fikk vi kommentarer på at likepersonene ønsker tettere samarbeid med helsearbeidere, et ønske om at tjenesten ble en del av behandlingslinjen. Og ikke minst at likepersoner må presenteres bedre, med bilde og forklaring av hvilken skade personen selv har. Dette støttes jo av den ene informant direkte i intervjuet og når vi tenker over at informanten fra sykehuset jobber med å få likepersoner inn på sykehuset, så handler vel også det om tilgjengelighet. Vi ser også at helsepersonellet ser behov for økt dialog og informasjon.

I det siste spørsmålet lot vi respondentene peke på utfordringer ved kommunikasjonen i likepersonstjenesten. Et viktig element som tas opp er tilgjengeligheten. En svakhet ved spørreundersøkelsen er at vi spør likepersoner som jo naturlig nok har fått kontakt med tjenesten. Vi vet ikke konkret hvor mange som amputeres på årsbasis eller hvor mange som får kontakt med likepersonstjenesten. Likepersonene ønsker flere møtepunkter og bedre kursing. Det er flere som tar opp at det trengs et nærere samarbeid med helsepersonell og at helsepersonell må informeres bedre om tjenesten. Den største utfordringen ser ut til å være å få tilgang til pasienter for å kunne starte den innledende kommunikasjonen. Dette støttes av informantene på sykehuset, men ikke av informantene på rehabiliteringssenteret. Dette rehabiliteringssenteret har godt renommé og opplever suksess og kanskje er ikke situasjonen helt den samme ved andre institusjoner.

6.2 Hvordan opplevde likepersonene kommunikasjonen som pasient?

Som pasient opplevde likepersonene at de hovedsakelig fikk informasjon om likepersonstjenesten gjennom brosjyrer og gjennom helsepersonell. 12 % oppgir også at de fikk informasjon fra med pasienter. 8.3 % oppgir at de fant informasjon på internett. Det harmonerer med hvordan systemet fungerer i dag og om hvordan likepersoner opplever at pasienter får kontakt med likepersoner i dag. Dette støttes også av oppfølgingsspørsmålet, som lar de beskrive prosessen den første gangen de kontaktet likepersonstjenesten.

16 % opplevde at det var «svært enkelt» og 37 % oppgir at det var «enkelt» for dem å kontakte likepersonstjenesten som pasient. Det gjør at det faktisk var 47 % som opplevde at det var vanskelig eller svært vanskelig å få kontakt. De som synes det var enkelt oppgir at det som gjorde det enkelt var at helsepersonellet organiserte møte med likepersonstjenesten for dem. De som synes det var vanskelig skylder på informasjonssvikt og at organisasjonen opplevdes lite tilgjengelig.

6.3 Hvordan opplever helsepersonell kommunikasjonen med forening og pasient?

Informantene våre gir et bilde av å være positivt innstilt til likepersonstjenesten og ser på likepersoner som en viktig ressurs i forhold til rehabilitering av pasienter. Informanten fra sykehuset gir et inntrykk av at det å henvise til likepersonstjenesten ikke er en innarbeidet

rutine ved alle avdelinger. Personen gir uttrykk for at det er rom for forbedring og at de jobber for å få likepersoner i større grad inn på avdelingene. Ved rehabiliteringssentrene så ser de på det som rutine å henvise og kommunisere med likepersonstjenesten. Typiske møtepunkter er forhåndsavtalte møter og telefonsamtaler.

Helsepersonellet gir uttrykk for at det er en utfordring at det finnes flere likepersonsorganisasjoner for samme diagnose og at selv om alle likepersonene innehar en unik og viktig kompetanse, gjennom sin erfaring, så ville et likt likepersonskurs, være positivt i forhold til formell kompetanse. Dette kan være et uttrykk for noe som de opplever som skjær i sjøen for kommunikasjonen. Muligens ville det vært enklere for personer i helsevesenet å henvise til likepersonstjenesten, hvis tjenesten var en del av behandlingslinjen. Det ville nok kreve en mer samlet og koordinert likepersonsordning enn det vi ser i dag.

Det kan virke som de etterlyser en mer tilgjengelig likepersonstjeneste. Det kommer til uttrykk gjennom at de ønsker mer og spesifikk informasjon for dem som yrkesgruppe og at de ønsker mer samarbeid og dialog. De gir uttrykk for at det ville forenkle kommunikasjonen om organisasjonene også kommuniserte mer via nettbaserte plattformer.

6.4 Konklusjon

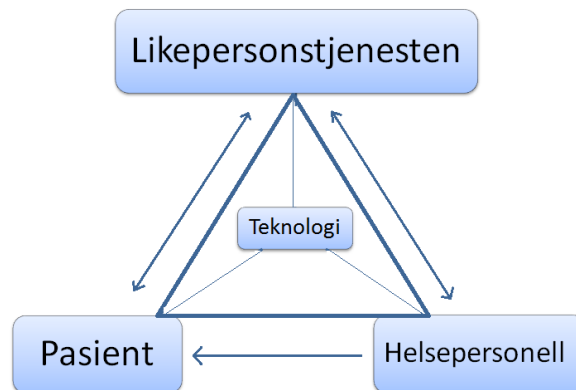
Problemstillingen for oppgaven er om den innledende kommunikasjonen mellom helsepersonell, pasient og likeperson fungerer tilfredsstillende.

I utgangspunktet gir både respondentene og informantene uttrykk for at kommunikasjonen fungerer greit, men når vi undersøker temaet nærmere ser vi at begge parter peker på utfordringer i kommunikasjonen. Flere likepersonene peker på at de ikke får så mange så mange samtaler i løpet av et år. De overfører en del av ansvaret til helsepersonell, ved å gi uttrykk for at helsepersonell ikke er flinke nok til å henvise pasienter til likepersonstjenesten. Som pasient gir de uttrykk for at tjenesten opplevdes relativt lite tilgjengelig, slik at det ble vanskelig å få kontakt. Likepersoner etterlyser også mer intern kommunikasjon seg i mellom, gjennom kursing, møter og eget forum.

Helsepersonellet støtter likepersonene i at de som yrkesgruppe kunne være flinkere til å henvise til likepersonstjenesten. Samtidig gir de uttrykk for at likepersonstjenesten kan oppleves som lite tilgjengelig og at den er spredt over flere organisasjoner. De gir uttrykk for at de ønsker seg tettere samarbeid mot en mer samlet og formalisert gruppe. Med formalisert

gruppe tenker vi på at organisasjonene kan ha stor nytte av å stå mer samlet og formalisere utdanningen sin gjennom et likt grunnkurs for alle foreninger.

Begge parter ønsker seg større tilgjengelighet gjennom satsing og bruk av web baserte løsninger. Det er et spennende funn, det er en vanlig antakelse at «eldre» mennesker ikke er så aktive på internett og sosiale medier, i vår spørreundersøkelse er 69 % mellom 40 og 60 år og 23 % over 60 år, disse respondentene bryter i hvert fall med tidligere antakelser.



Figur 1 Kommunikasjonsprosessen, kan vi bruke til å belyse kommunikasjon mellom aktørene. Der ser vi at det er teknologi som knytter det hele sammen og nettopp teknologien mener vi er den store muligheten for bedring av kommunikasjonen. Sætre (2009) sier at IKT har stor innflytelse på hvordan organisasjoner ikke bare kommuniserer, men også på hvordan den daglige driften foregår. Det har vært en dramatisk utvikling de senere årene og enhver organisasjon har store muligheter med de nye løsningene som har kommet på markedet. De nye teknologiene har viktige implikasjoner både for hvordan arbeidet gjøres og hvordan mennesker kommuniserer og samhandler med hverandre. Digitaliseringen gjør at medlemmene i organisasjonen er "online" nesten hele tiden og dette faktum burde organisasjonen se på som en mulighet til bedring av kommunikasjonen mellom aktørene. Når vi ser på *figur 1* så er det tre aktører og mellom helsepersonell og pasient går pilen bare en vei. Dette er ikke fordi pasienten ikke kan henvende seg til helsepersonellet, men det er ment å beskrive måten pasienten kan få den første informasjonen om likepersonstjenesten. På grunn av taushetsplikten kan ikke helsepersonell uten videre informere likepersonstjenesten at de har en pasient som trenger samtale, men vi ser ut i fra spørreundersøkelsen at dette blir gjort. I de tilfellene regner vi med at pasienten i samråd med helsepersonell har tatt kontakt med likepersonstjenesten. Men det er ikke noe i veien for at alle aktørene kan ha kontakt seg i

mellom og der burde man kunne benytte de "nye" kanalene for interaksjon. En stor del av befolkningen benytter i dag smarttelefoner og bærbare løsninger som åpner for kommunikasjon via Skype, forumer, chat og andre sosiale plattformer. Erlien (2006) nevner denne teknologien som et verktøy og sier at det åpner seg nye muligheter for de som skal planlegge og tilrettelegge for intern kommunikasjon. Det gjelder å skape et best mulig samspill mellom de ulike kanalene ut i fra den kjennskapen man har til målgruppen, samt hvilken hensikt kommunikasjonen har.

I følge ledelsen i Momentum ble det registrert 228 likepersonsbesøk i 2013, fordelt på enkeltsamtaler og gruppesamtaler. Antallet er det totale antall besøk (samtaler), altså både førstegangssamtaler og senere samtaler og besøkene gjelder både for arm og benamputerte. Det finnes per i dag ikke noe nasjonalt register for antall gjennomførte amputasjoner i Norge, men det vi har kart å finne er en studie på antall *benamputasjoner* i Norge. En studie angir at den årlige incidens i Trondheim for benamputasjoner er 33 per 100.000 (Witsø & Lydersen, 2010). I følge Diabetesforbundet ble det gjennomført 446 amputasjoner som følge av diabetes i 2011. I den vestlige verden blir omkring 50 % av alle amputasjoner gjort hos personer med diabetes. Da vurderer vi det slik at det er rimelig å anta at det gjøres omtrent 1000-1500 amputasjoner i året i Norge. Om det er slik, så er det mange som ikke er i kontakt med likepersonstjenesten. Det sier mye om hvor viktig, det er for partene, at den innledende kommunikasjonen fungerer bra.

Vår konklusjon på problemstillingen er at kommunikasjonen mellom partene fungerer til en viss grad. Samtidig så peker funnene på flere områder ved kommunikasjonen som kan forbedres. Organisasjonen kan med hell gjøre seg mer tilgjengelig ved å være tilstede hvor dagens brukere befinner seg og satse på nye kommunikasjonskanaler, som internett og sosiale medier. Organisasjonen kan også jobbe med tiltak for å legitimere seg som aktør ovenfor sin samarbeidspartner, som er helsepersonell. Det kan organisasjonen for eksempel gjøre ved å øke samarbeidet med andre likepersonsorganisasjoner slik at de oppleves som en mer samlet og seriøs tjeneste. Et felles basert grunnleggende likepersonskurs for likepersoner i alle organisasjoner ville også støtte opp under dette. Ved å gjøre slike tiltak kan organisasjonene oppleve at de oppnår større tillit/omdømme, som er viktig i forhold til god kommunikasjon. Det er viktig at helsearbeidere får mer informasjon om likepersonstjenesten, og om hvordan de skal henvise til likepersoner. Organisasjonens oppgaver i så henseende å gjøre slik informasjon lett tilgjengelig og at det er enkelt for helsearbeidere å få dialog med organisasjonen. Vi mener at våre funn viser at det er et stort potensiale for forbedring, slik at

flere amputerte kan få kontakt med en likeperson. Dette vil være til god hjelp for den enkelte, og vi ser også at det kan ha et samfunnsnyttig formål.

7 Avslutning

”Fungerer den innledende kommunikasjonen mellom helsepersonell, pasient og likepersonstjenesten tilfredsstillende?”

Vår undersøkelse handler om likepersonstjenesten i Momentum, som vi må si at vi kjenner godt. Dette fordi en av oss, Erik Haugen er medlem i organisasjonen og er selv likeperson i Momentum. Spørreundersøkelsen har vi sendt til samtlige likepersoner og vi mener at kriteriene for utvelgelse er godt ivaretatt. En annen positiv side er at vi har styrket undersøkelsen med kvalitative intervjuer av helsepersonell. Disse er personer som kjenner likepersonstjenesten godt, men vi ser at det kunne vært nyttig å intervjuere personer fra en institusjon som ikke benytter seg av likepersonstjenesten i så stor grad. Samtidig ser vi at vi kunne gått mer i dybden i de kvalitative intervjuene, men undersøkelsen må ses på som et supplement til den kvantitative undersøkelsen. Det kan være en svakhet at vi ikke har gjort intervjuer av dagens pasienter, men denne gruppen er utilgjengelig for oss.

Har vi svart på problemstillingen i oppgaven?

Ja, vi mener at vi har svart på problemstillingen og at vi har grunnlag for å si at kommunikasjonen ikke fungerer tilfredsstillende ut i fra funnene og aktuelle kommunikasjonsteorier. Når det er sagt så blir det en vurderingssak for organisasjonen om de mener kommunikasjonen er tilfredsstillende eller mangelfull. Gjennom våre funn ser vi utfordringer som organisasjonen bør jobbe med. Vi ser en organisasjon som gjennom å satse på flere kommunikasjonskanaler, kan åpne for dialog mellom partene. Organisasjonen vil kunne gjøre seg mer legitim for helsevesenet, gjøre seg mer tilgjengelig og på den måten nå ut til flere amputerte.

Ut i fra organisasjons og ledelses perspektiver vil oppgaven føre til flere implikasjoner for ledelsen. Gjennom funnene ser vi at likepersonene etterlyser mer dialog. Det er viktig for ledelsen i organisasjonen at den er tilgjengelig og sikrer seg at budskapet de formidler til sine medlemmer når frem og blir forstått. I forhold til modellen i *figur 1* (kommunikasjonsprosessen) som vi beskriver ovenfor blir det viktig at partene forstår sine

roller. Gjennom rolleforståelsen vil likepersoner og helsepersonell kunne se hva som er forventet hva de skal yte og hva de kan forvente av den andre parten. På den måten kan de sammen være med styre forventningene til hverandre og lettere kunne innfri disse. Det kan føre til et tettere samarbeid, og det vil sannsynligvis påvirke den innledende kommunikasjonen mellom pasienter og likepersonstjenesten i positiv retning.

Det kan se ut som at det gjennomføres relativt få likepersons samtaler i forhold til antatt gjennomførte amputasjoner. Den innledende kommunikasjonen er en liten del av flere sider som sammen danner tjenesten som leveres. Undersøkelsen sier lite om kvaliteten på selve tjenesten som likepersonene leverer. Derfor må undersøkelsen sees på som et bidrag til arbeidet med å gjøre seg mer tilgjengelig for pasientene og ikke i forhold til å utvikle selve tjenesten.

8 Litteraturliste

Metodelitteratur:

Johannessen Asbjørn, Tufte Per Arne og Christoffersen Line. 2011. *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4.utg.). Oslo: Abstrakt forlag AS

Dag Ingvar Jacobsen (2005):*Hvordan gjennomføre undersøkelser*, s. 141-163. (Beskriver epost som metode)

Hunt N. & McHale S. (2007). *A practical guide to the e-mail interview*. Qualitative Health Research - qhr.sagepub.com

Williamson GR. (2005). *Illustrating triangulation in mixed-methods nursing research*. Nurse Researcher, 2005;12 s.7-8.

<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/125671/metodetriangulering-%20et-metodisk-minefelt-eller-en-berikelse-av-fenomener>

Kommunikasjonsteorilitteratur:

Brønn P. S. og Arnulf J. K. 2014. *Kommunikasjon for ledere i organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget

Erlien B. 2012. *Intern kommunikasjon*. Oslo: Universitetsforlaget

Lai L. 2004. *Strategisk kompetansestyring*. Bergen: Fagbokforlaget

Sætre Alf S. 2009. *Kommunikasjon i organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget

Aasbrenn K. 2010. *Tjenester som treffer-Betyr brukerorientering og kvalitet noe annet i offentlig sektor?* Oslo: Universitetsforlaget

Annen Litteratur:

Witsø E., Lium & Lydersen (2010). *Lower limb amputations in Trondheim, Norway*. *Acta Orthopaedica* 81 (5) s. 737-744.

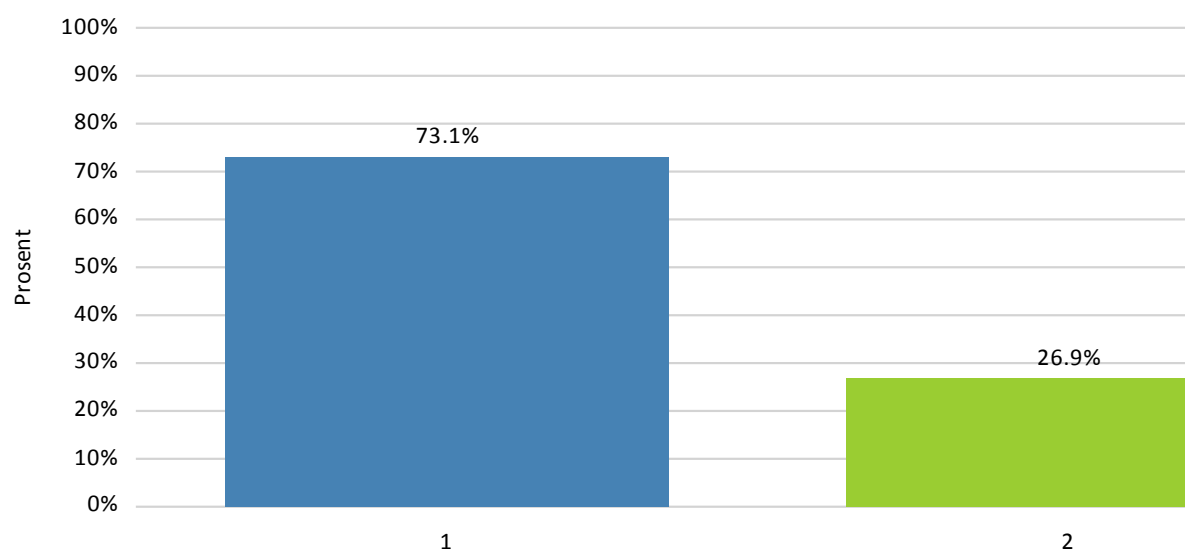
Eikenes, Kirstine Mayde (2013). *Fakta om amputasjon*. Helse Stavanger

9 Vedlegg

9.1 Vedlegg 1 Resultater kvantitativ spørreundersøkelse

Undersøkelse av likepersonstjenesten i Momentum(2)

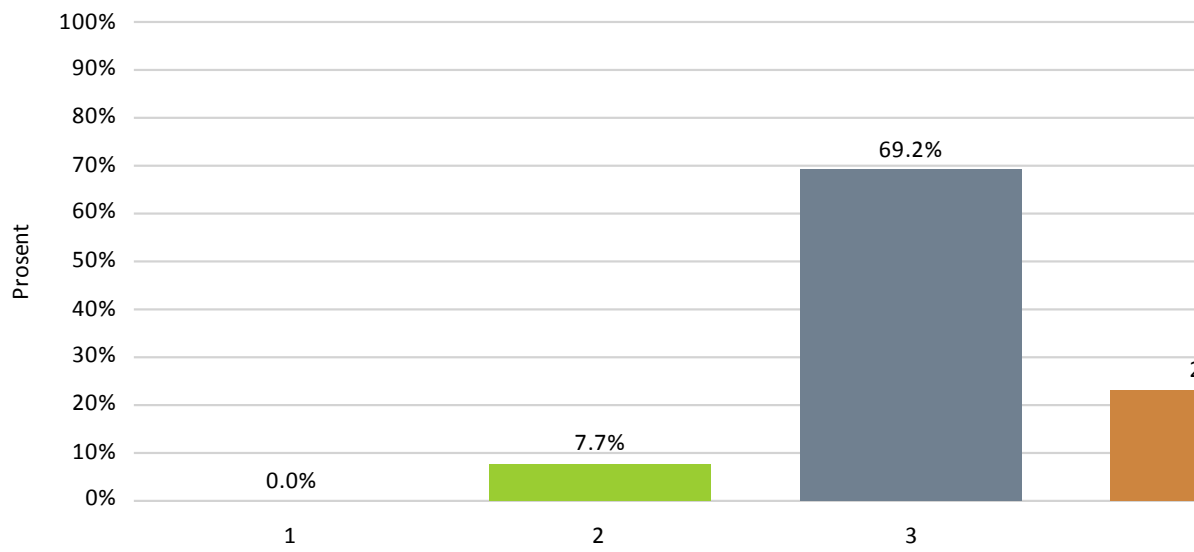
1. Hva er ditt kjønn?



	Navn
1	Mann
2	Kvinne

Navn	Prosent
Mann	73,1%
Kvinne	26,9%
N	26

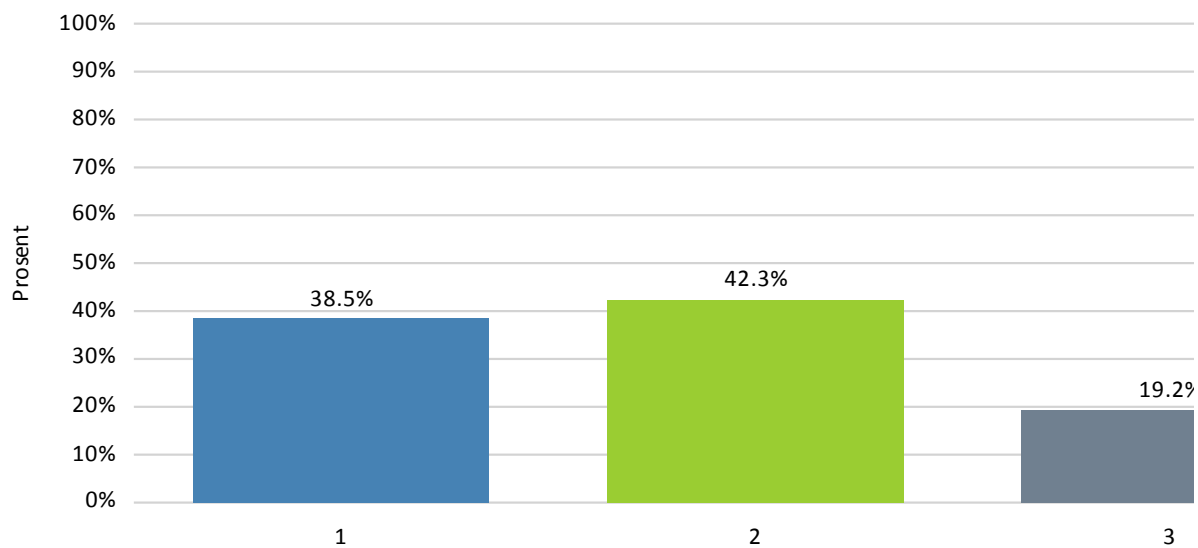
2. Hva er din alder?



	Navn
1	Under 20
2	20-40
3	41-60
4	Over 61

Navn	Prosent
Under 20	0,0%
20-40	7,7%
41-60	69,2%
Over 61	23,1%
N	26

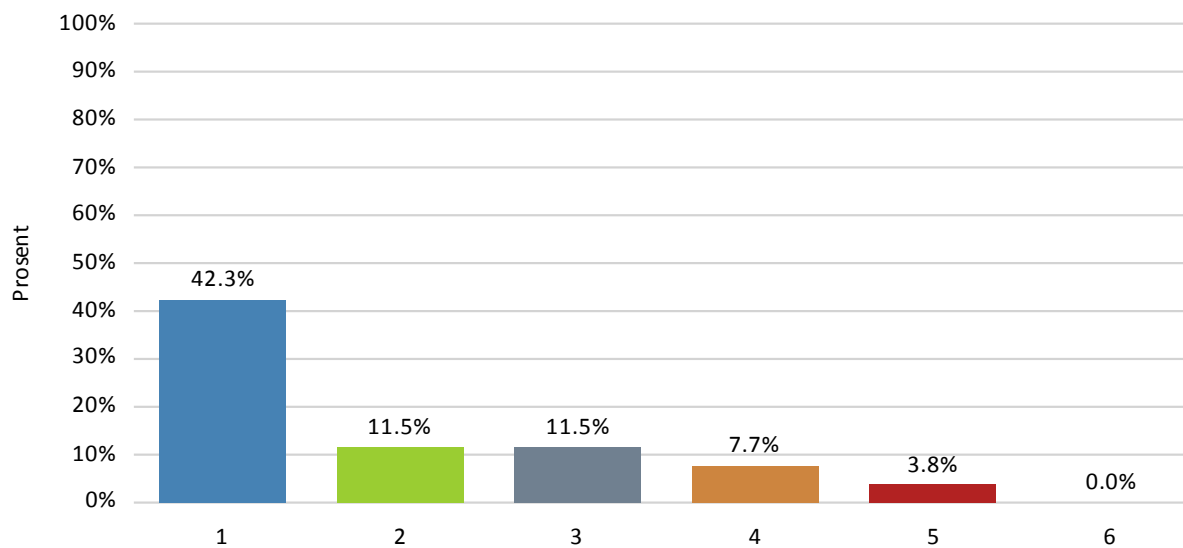
3. Hvor lenge har du vært likeperson?



	Navn
1	Mindre enn 5 år
2	5-10 år
3	Mer enn 10 år

Navn	Prosent
Mindre enn 5 år	38,5%
5-10 år	42,3%
Mer enn 10 år	19,2%
N	26

4. Hvor mange førstegangssamtaler havde du i 2013?

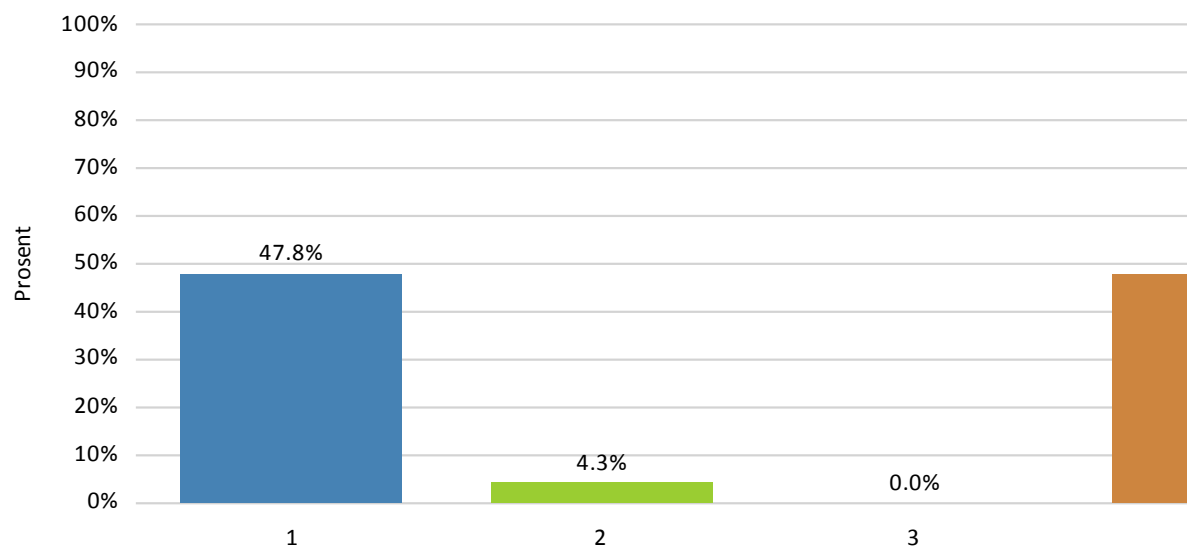


	Navn
1	0
2	1
3	2
4	3
5	4
6	5
7	Fler enn 5

Navn	Prosent
0	42,3%
1	11,5%
2	11,5%
3	7,7%
4	3,8%
5	0,0%
Fler enn 5	23,1%
N	26

5. Hvordan foregår den første kontakten mellom pasienter og deg som likeperson?

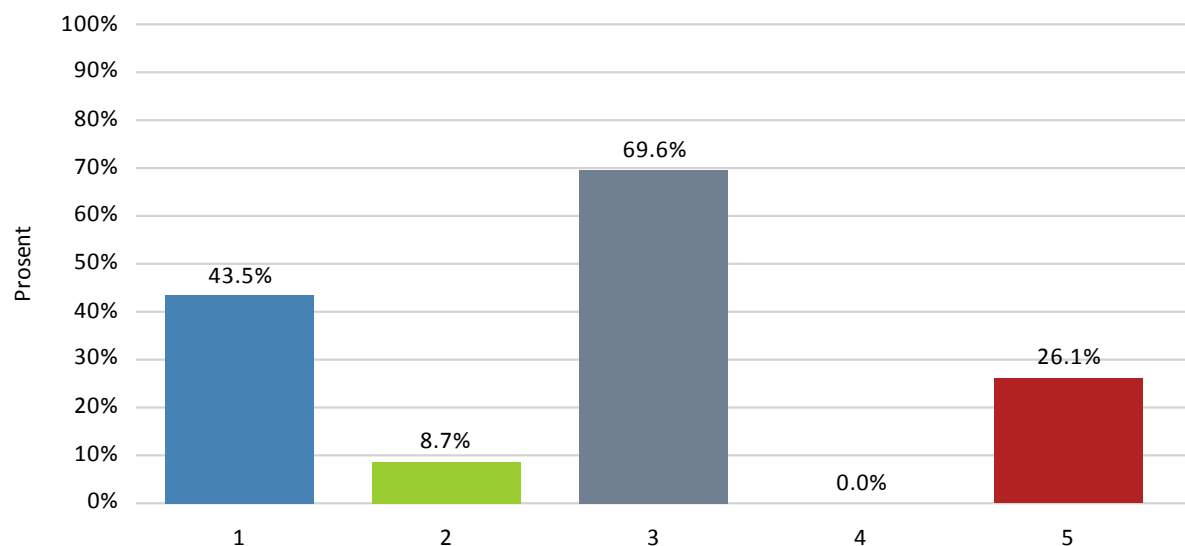
Her vil vi gjerne vite på hvilken måte du oftest blir kontaktet av pasienter?



Navn	Prosent
1	Telefon
2	Post
3	Email
4	Annet
Navn	Prosent
Telefon	47,8%
Post	4,3%
Email	0,0%
Annet	47,8%
N	23

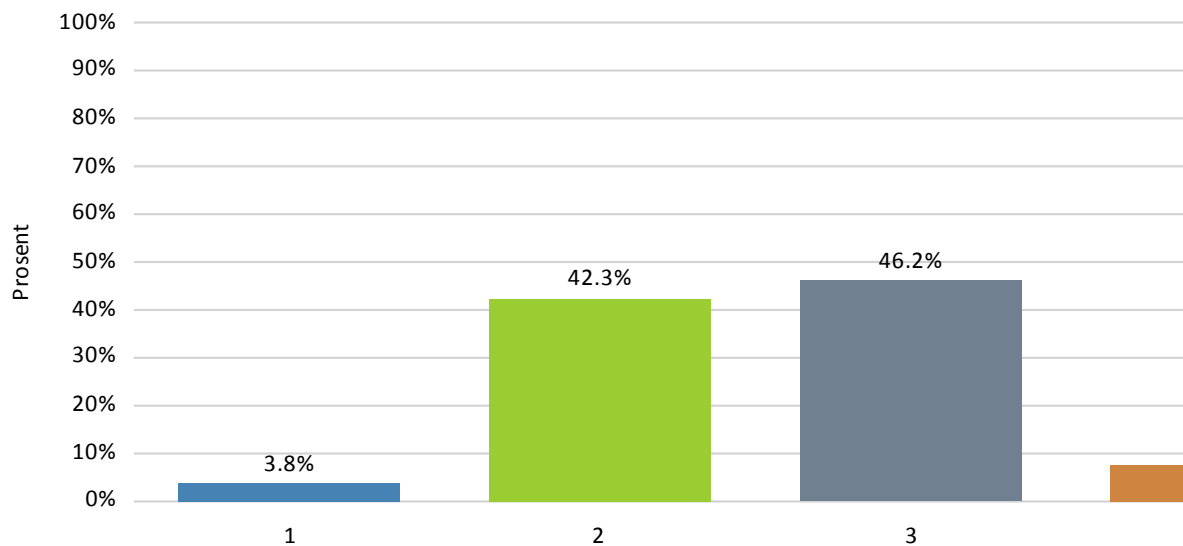
6. Hvor fikk pasientene sin kontaktinformasjon om likepersonsordningen?

På dette spørsmålet kan du velge flere svaralternativer.



Navn	Prosent
1	
2	
3	
4	
5	
6	
Navn	Prosent
Brosjyrer	43,5%
Hjemmeside Momentum	8,7%
Helsepersonell	69,6%
Facebook eller andre sosiale medier	0,0%
Gjennom andre pasienter	26,1%
Annet	21,7%
N	23

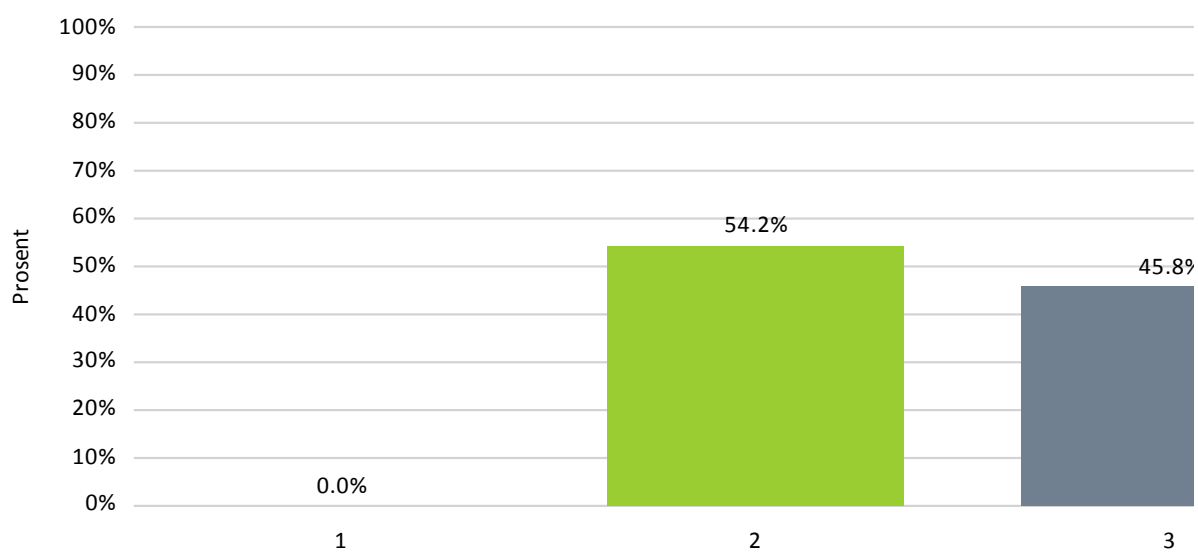
7. Hvor viktig er det å ha en likeperson med samme type skade?



	Navn
1	Ikke viktig
2	Viktig
3	Svært viktig
4	Vet ikke

Navn	Prosent
Ikke viktig	3,8%
Viktig	42,3%
Svært viktig	46,2%
Vet ikke	7,7%
N	26

8. I hvilken grad opplever du at likeperson fordeles i forhold til pasientens skade?

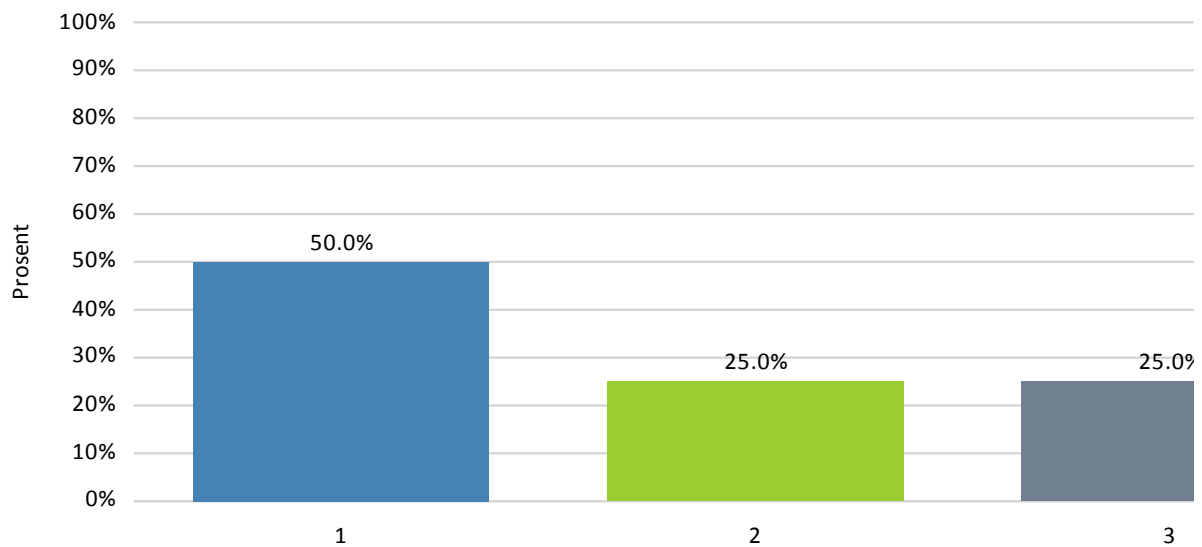


	Navn
1	Ikke i det hele tatt
2	I liten grad
3	I stor grad

Navn	Prosent
Ikke i det hele tatt	0,0%
I liten grad	54,2%
I stor grad	45,8%
N	24

9. Syns du kommunikasjonen med helsepersonell fungerer?

Svarer du nei får du muligheten til å kommentere ditt svar.



	Navn
1	Ja
2	Nei
3	Ingen kommunikasjon

Navn	Prosent
Ja	50,0%
Nei	25,0%
Ingen kommunikasjon	25,0%
N	24

10. Hva er det som ikke fungerer?

Helsepersonell informerer ikke pasienten om muligheten for å få likemann.

Helsepersonell er som regel likegyldig til likemannstjenesten.

Større mulighet til å lykkes på de helseforetak som har brukerkontorer

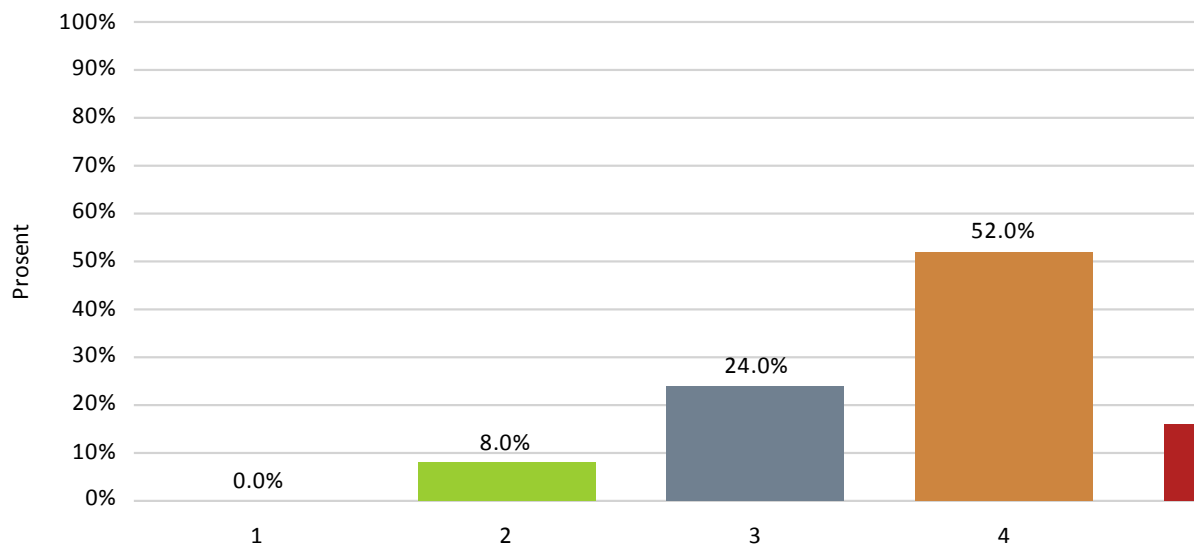
Helsepersonell er ikke flinke til å opplyse om at det er mulig å snakke med en likemann

De kjenner ikke så godt til likepersonstjenesten.

Mangelfulle rutiner hos helsepersonell. Mange steder er ikke likepersonstjeneste tatt inn i behandlingsskjeden slik at det automatisk settes opp likepersonssamtale som en del av rehabiliteringsoppholdet på samme måte som samtale med sosionom, psykolog, ergoterapeut, lege mv

Lite interessert forbundet med dårlig tid

11. Hvor tilfreds er du med likepersonsskurset som gis i dag?

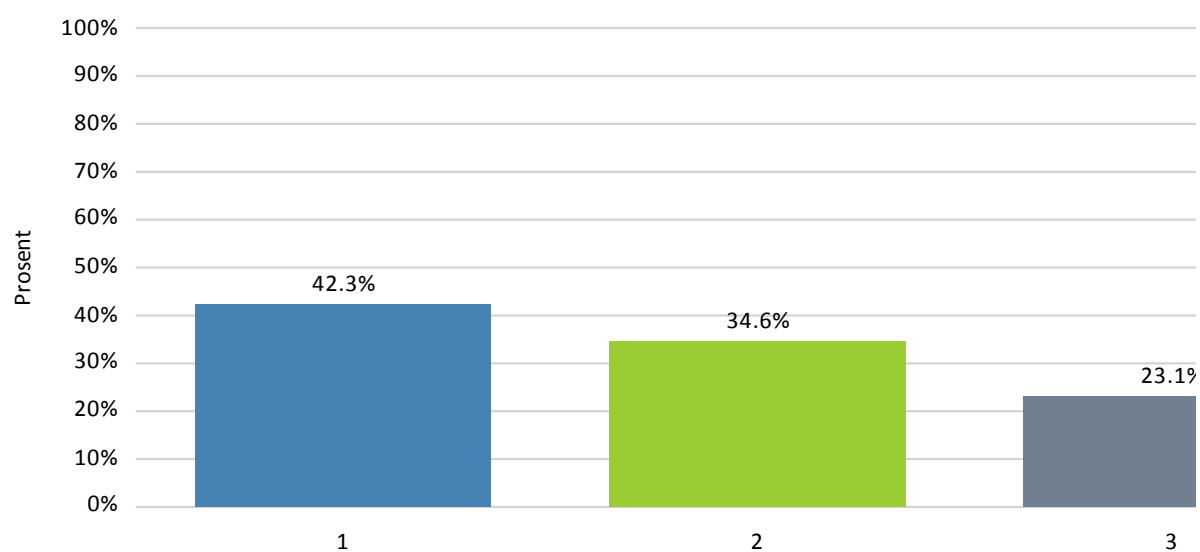


	Navn
1	Svært lite tilfreds
2	Lite tilfreds
3	Nøytral
4	Tilfreds
5	Svært tilfreds

Spørsmål	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Median
Hvor tilfreds er du med likepersonsskurset som gis i dag?	25	3,76	0,81	4,00

Navn	Prosent
Svært lite tilfreds	0,0%
Lite tilfreds	8,0%
Nøytral	24,0%
Tilfreds	52,0%
Svært tilfreds	16,0%
N	25

12. Hvis det var mulig, kunne du tenke deg mer utdanning og lønnet arbeid som likeperson?

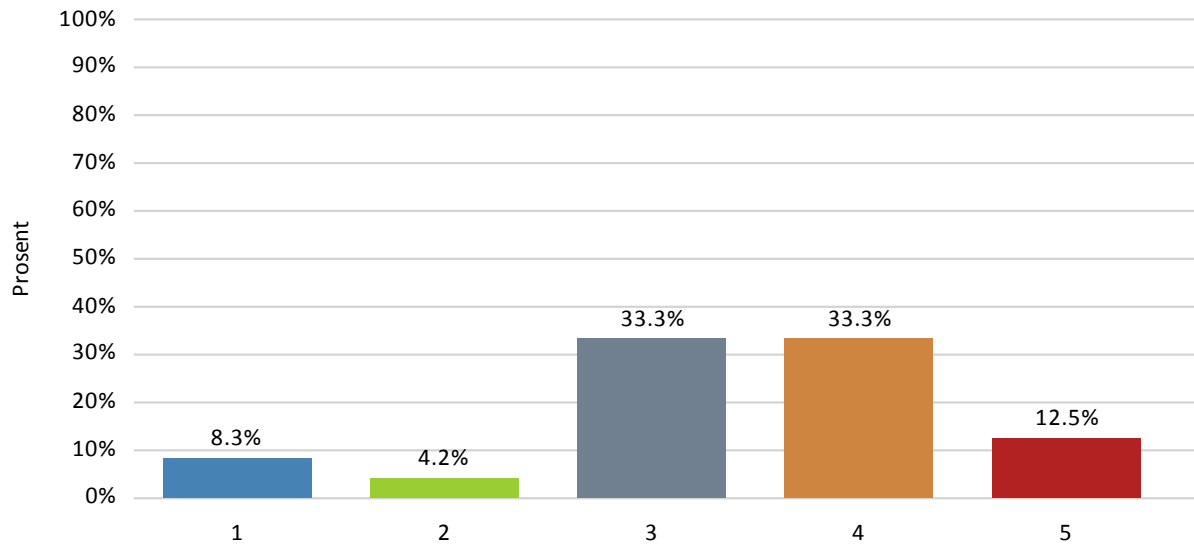


	Navn
1	Ja
2	Nei
3	Vet ikke

Navn	Prosent
Ja	42,3%
Nei	34,6%
Vet ikke	23,1%
N	26

13. Som nyoperert, hvordan fikk du informasjon om Momentum?

På dette spørsmålet kan du velge flere svaralternativer.



	Navn
1	Internett
2	Telefon
3	Brosjyre
4	Helsepersonell
5	Medpasienter
6	Annet
Navn	Prosent
Internett	8,3%
Telefon	4,2%
Brosjyre	33,3%
Helsepersonell	33,3%
Medpasienter	12,5%
Annet	45,8%
N	24

14. Hvordan fikk du som nyoperert kontakt med din likeperson?

Her kan du beskrive prosessen den første gangen du kontaktet likepersonstjenesten.

Gjennom fysioterapauten, tilfeldigvis.

Det var ikke noen likemannskontakt da jeg ble amputert.

Det var likemann som kom etter en tlf, henvendelse til momentum

Protesetekniker formidlet kontakt

Fikk ingen..... Startet på Akers gåskole etter kontakt med ortoped-

Jeg spurte om det mulighet til å få prate med en likeperson og helsepersonellet tok kontakt med momentum . Veldig positiv opplevelse !

fikk ikke noen likemannssamtale

Det var ikke likepersontjeneste i 1998

Ble operert for 35 år siden. Har aldri hatt kontakt med likeperson for meg selv.

Rehabiliterings institusjonen

På Sykehuset

Likemannsbesøk

personell på avdelingen

Sykehuset spurte meg om jeg ønsket besøk av en likeperson.

Via helsepersonell

Før jeg amputerte så ble jeg koblet til henne via en overlege. Han ringte henne for å klarere om det var greit.

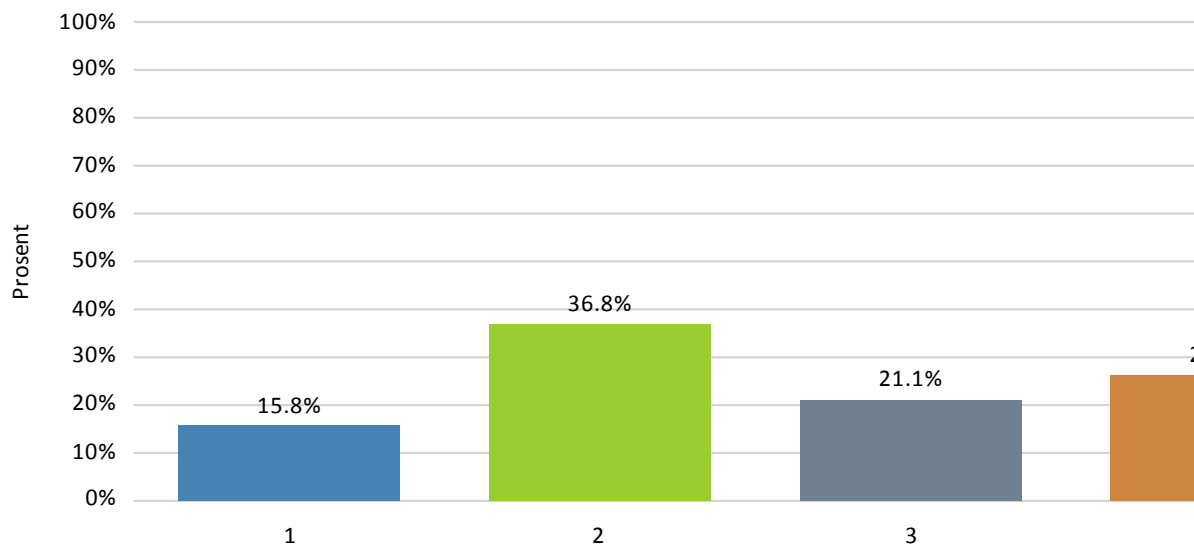
Den fantes ikke da jeg var nyoperert

Kirurgen anbefalte det og ringte likeperson og avtalte

Var ikke i kontakt med likeperson

Helsepersonell på rehabiliteringsinstitusjon

15. Hvor enkelt var det for deg å få kontakt med en likeperson?



	Navn
1	Svært enkelt
2	Enkelt
3	Vanskelig
4	Svært vanskelig

Navn	Prosent
Svært enkelt	15,8%
Enkelt	36,8%
Vanskelig	21,1%
Svært vanskelig	26,3%
N	19

16. Beskriv kort hva som gjorde det enkelt.

Jeg var innlagt, samtykket til at jeg ønsket kontakt med likeperson, så kom vedkommende på besøk.

At personalet ordnet avtale for meg !

Helsepersonell kom å tilbød samtale da det var flere amputerte inneliggene pasienter

Henvising av ortoped.

Likemannsbesøk på rehab

avdelingen ordnet alt

Helsepersonell organsierte

Jeg kontaktet en lege, som koblet meg videre til henne.

Kirurg gav meg ikke noe valg og sa at jeg burde ha en samtale med likeperson og ordnet det

Samtale med likemann

17. Beskriv kort hva som gjorde det vanskelig.

Vanskelig å finne personen

Jeg hadde ikke noen kjennskap til det.

Kjente lite til Momentum og hva likeperson var for noe

Visste ikke hvordan jeg fant frem

ingen informasjon , den som skulle besøke institusjonen jeg var på kom ikke

Det var ikke likepersontjeneste i 1998

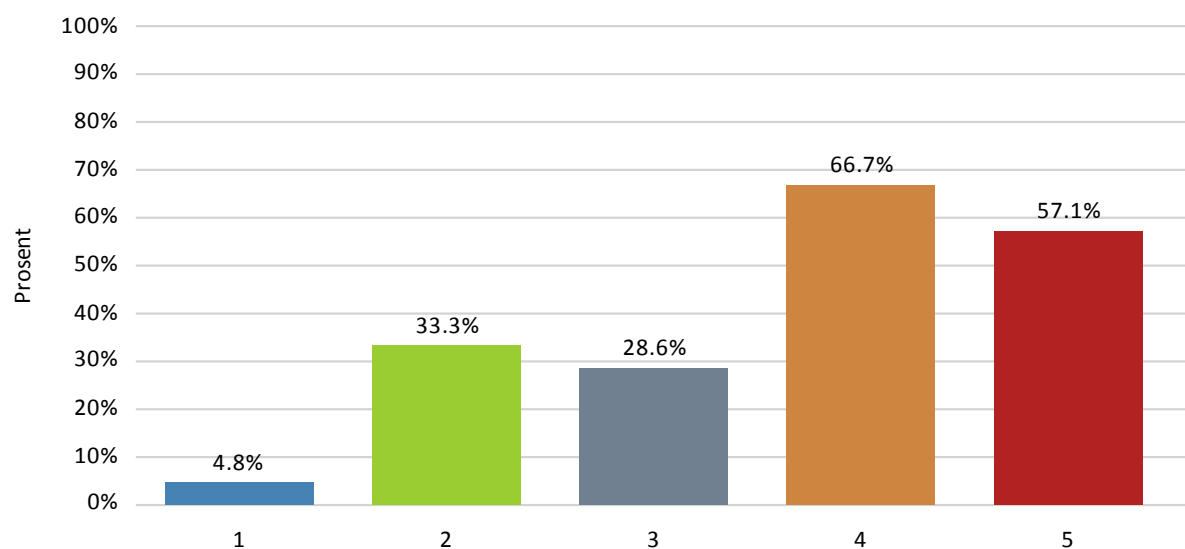
Jeg ville ikke visst om tjenesten hadde det ikke vært for sykehuset.

Det fantes ikke slikt når jeg var nyoperert

Ordningen fantes ikke 1971

18. Hvilke forbedringer kunne du tenke deg for å gjøre kommunikasjonen mellom aktørene enklere?

Her kan du komme med forslag til forbedringer, du kan krysse av flere alternativer.



Navn

1	Bedre brosjyrer
2	Mer aktivitet på sosiale medier
3	Mobilapplikasjoner
4	Egne nettsider for likepersoner
5	Internett forum for likepersoner
6	Annet

Navn	Prosent
Bedre brosjyrer	4,8%
Mer aktivitet på sosiale medier	33,3%
Mobilapplikasjoner	28,6%
Egne nettsider for likepersoner	66,7%
Internett forum for likepersoner	57,1%
Annet	19,0%
N	21

19. Hvilke andre utfordringer ser du ved kommunikasjonen i likepersonstjenesten?

Bør være en bedre utdannelse

Likepersoner møtes to ganger i året for erfaringsutveksling.

Være oftere på personbesøk på institusjon.

Bør ha minst 4 likepersonbesøk i året.

Ha noen få (2-3) personer å forholde seg til på institusjoner

Utveksle erfaring med likepersoner i nabofylkene

Opplæring av både helsepersonell og Momentum.

Vanskelig og rekrutere nye likemenn.

Koster penger og ressurser.

Største utfordring er å holde helsepersonell oppdatert om muligheten, så man kommer i gang med kontakt. Jeg får nesten ingen henvendelser.

For det første burde man under ANNET få en rubrikk som kan forklare andre alternativer.... Jeg var i mange år likemann... men hadde liten kontakt med ansvarlig i foreningen som skulle sette

meg på oppdrag. Det må være en koordinerer som har hovedkontakten..og som plasserer likepersons-oppdrag .NB...!.Det må jobbes med å bedere kontakt med sukehusene. Jeg fikk 5 til 6 oppdrag i min tid i Momentum. Utrolig dårlig når en av hovedmålsettingene for foreningen er å bistå andre i en litt turbulent situasjon. Her har dere en kjempe jobb å gjøre for en riktigere aktivitet ute ... Det er hundrevis av amputasjoner... Hvor mange får likepersonkontakt like etter amputasjonen... Det er her det store oppdraget ligger.

Lykke til.

Står gjerne til tjeneste....bare ring. 98236027

Den største utfordringen er å få helsepersonell som skjønner behovet og som er villige til dele ut brosjyrer og informere om likepersonstjenesten .

Likemannskoordinatorerne må på banen for å bistå når vi skal inn på nye arenaer (sykehus etc.) vi må snakke sammen ikke opptre som om vi har egne revir som ingen andre skal komme inn på.

Problemer med å "få tak i " nyamputerte mye grunnet manglende engasjement hos helsearbeidere. Mange ser ikke nytten av likepersonstjenesten.

Som en del av beh.linjen ville dette bli enklere.

Standard rutine ved alle amputasjoner.

Det er viktig å ha jevnlig kontakt gjennom en besøksturnus.

Ta kontakt på telefon på formiddagen før besøket den dagen

det er din besøksdag, for å høre om det er noen som ønsker

besøk. Hvis den personen/personene som ønsker besøk har et annet amputasjonsnivå enn du selv har ville jeg forsøkt å bytte med en annen person i vår likepersongruppe.

med en annen lokal likeperson som har samme amputasjonsni

Tror ikke, pr idag, at sosiale medier bidrar til mer kontakt mellom pasienter og likepersoner iom de flest amputerte er høyt opp i alder og ikke så aktive på nett.

Nedskjæringer i helsevesenet gjør at helsepersonell ikke har tid til å formidle kontakt med likepersoner via pasientsamtaler.

Jeg hadde ingen kontakt med likemann etter min amputasjon sykehusets personell sa at dem hadde ingen og dem trodde at jeg ikke ville ha særlig utbytte av en slik samtale det må bli en helt annen holdning hos sykehuspersonell og dem må være villig til å slippe likepersonell inn på sykehuset hvis det er ønskelig

Kommunikasjon med rehab avd, møtested , sosiale treffpunktet ,lansiktig oppfølging ,

Generelt mer aktivitet. Føler det ligger litt nede. Har kun hatt 1 oppdrag på 1 år

Alt for lite fokus på de pårørendes rolle i både opplæring, arbeid og besøkstjeneste.

Jeg har inntrykk av at helsetjenesten ikke ser på dette som et viktig arbeid. De ønsker helst at pasienten skal ut av sykehusene. Mange opplever nok å ikke få muligheten til å få kontakt med en likeperson. Jeg vil tro mørketall vil vise mange folk som ikke blir fanget opp av likepersoner og organisasjonene de er der for. Dermed ender mange pasienter med for lite informasjon om deres muligheter og rettigheter i dagens helsesystem.

Taushetsplikt

Jeg har ikke hatt noen oppdrag enda, så jeg vet ikke helt hvordan dette fungerer?

Det bør være noenlunde lik alder mellom pasient og likeperson

9.2 Vedlegg 2 Intervjuguide, epostintervju

1. Kan du gi en kort beskrivelse av jobben du har?
2. Hvilken rolle har du i forhold til likepersonstjenesten?
3. Har du kontakt med flere organisasjoners likepersonstjeneste? Synes du eventuelt det er for mange organisasjoner å forholde seg til?
4. Føler du organisasjonene som en belastning i ditt daglige arbeid?
5. Er det å henvise en pasient til en organisasjon med likepersoner en formell innarbeidet rutine hos helsevesenet? For eksempel gjennom instruks eller annet?
6. På det stedet du arbeider, hvem er det som formelt har ansvaret for å informere pasientene om at det finnes likepersoner?
7. Kan du fortelle litt om hva du mener om likepersonenes kompetanse for å drive slikt arbeid?
8. Hvordan henviser du til likepersoner?
9. Kommuniserer du med organisasjonene i tillegg til likepersonene?
10. Hvilke kommunikasjonsmessige utfordringer ser du i forhold til personvern, taushetsplikt osv.?
11. På hvilke måter kunne du tenke deg å forbedre/forenkle kommunikasjonen med likepersoner og foreninger?
12. Føler du at det er noe som hindrer deg i å formidle organisasjonenes informasjon til pasientene, i så fall hvilke?
13. På hvilken måte tror du pasienten har nytte av å komme i kontakt med en likemann?
14. Hvilke forslag har du til forbedringer av likepersonsordningen for å forenkle og kvalitetssikre tjenesten?
15. Er det noe annet du har lyst til å legge til som du synes vi burde vite?
16. Hvordan synes du det var å bli intervjuet på epost?

9.3 Vedlegg 3 Kondensering av kvalitative intervjuer

Har du kontakt med flere organisasjoners likepersonstjeneste? Synes du evt. Det er for mange organisasjoner å forholde seg til?	
Informant 1	Ønsker å lage et tverrdiagnostisk likepersonskurs for kreftforeningenes organisasjoner, slik at man har lik lærdom. Ønsker å lage en felles likepersonsordning på tvers av kreftdiagnosene.
Informant 2	Synes det er synd at det finnes to brukerorganisasjoner for benamputerte.
Informant 3	Har kontakt med LFA (Landsforbundet for amputerte) og Momentum. Basert på at arm- og protesebrukere er en relativt liten gruppe og at det ville vært enklere å forholde seg til en organisasjon for helsepersonell. Mener at det også ville gitt gruppen en større «stemme» i forhold til arbeidet.

Føler du organisasjonene som en belastning i ditt daglige arbeid?	
Informant 1	Ikke svart
Informant 2	Tvert imot. God støtte og gir et viktig bidrag i rehabiliteringen av amp. Pas.
Informant 3	Nei, oppleves som ressurs

Er det å henvise til en pasient til en organisasjon med likepersoner en formell innarbeidet rutine hos helsevesenet? For eksempel gjennom instruks eller annet?	
Informant 1	Så vidt hun vet er det kun rutine for dette ved kirurgen 4, ved det aktuelle sykehuset
Informant 2	Hos dem er det rutine.
Informant 3	Usikker på hvordan det er ellers i helsevesenet, men ved rehabilitering er det rutine.

På stedet du arbeider, hvem er det som formelt har ansvaret for å informere pasientene om at det finnes likepersoner?	
Informant 1	På sykehusene er det ingen som har formelt ansvar for dette og praksisen varierer for hver avdeling. Informanten opplever at det er få som er flinke til å informere om tjenesten.
Informant 2	Det er informanten selv, eller behandlende fysioterapeut. Fungerer slik at pasienten får en konvolutt fra Momentum med informasjonsmateriell.
Informant 3	Skjer oftest ved innkomst med fysioterapeut, pasientene får da en konvolutt fra Momentum og kort informasjon. Det avholdes møte med likepersonstjenesten ved rehabiliteringssenteret. Teamansvarlig og fysioterapeut er ansvarlige for at alle pasienter får informasjon og tilbud om likepersonstjeneste.

Kan du fortelle litt om hva du mener om likepersonenes kompetanse for å drive slikt arbeid?	
Informant 1	Alle likepersoner gjennomgår kurs i sin organisasjon. En prosjektgruppe hun er med i ønsker å starte opp et «samlet kurs» for likepersoner. Hun mener at et gjennomført kurs ikke er det samme som at personen er egnet som likeperson.
Informant 2	Informanten mener at det er viktig at likepersoner formidler sine egne erfaringer. De bør kjenne rettighetene til amputasjonspasienter, ha kunnskap om sorgprosessen, være empatisk og holde seg til taushetsplikt.
Informant 3	Viktig med personlige egenskaper. Bør være empatisk og vekke trygghet gjennom kommunikasjon. Kunnskapsrik i forhold rundt det å være protesebruker. Være nøytral ikke direkte fokusere på å verve medlemmer.

Hvordan henviser du til likepersoner?	
Informant 1	Ikke svart
Informant 2	Det blir avtalt ett møte en gang i måneden for seks måneders perioder og ved ytterlige behov tar informanten kontakt via telefon.
Informant 3	Forhåndsavtalte møter eller ved behov

Kommuniserer du med organisasjonene i tillegg til likepersonene?	
Informant 1	Ikke svar
Informant 2	Nei
Informant 3	Ja av og til

Hvilke kommunikasjonsmessige utfordringer ser du i forhold til personvern, taushetsplikt osv?	
Informant 1	Ikke svar
Informant 2	Pasienten blir informert om taushetsplikten
Informant 3	Føler det er ivaretatt

På hvilke måter kunne du tenke deg å forbedre/forenkle kommunikasjonen med likepersoner og foreninger?	
Informant 1	Ikke svar
Informant 2	Momentum fungerer bra, med LFA (landsforeningen for amputerte) er det liten kontakt
Informant 3	Opplever ikke et klart behov for det. Men bedre kommunikasjon gjennom hjemmeside, med nettskjemaer og ta hensyn til hvor brukeren bor. Også med tanke på at helsepersonell ikke er så kjent med likepersonstjenesten, evt. Pårørende

Føler du at det er noe som hindrer deg i formidle organisasjonenes informasjon til pasientene, i så fall hvilke?	
Informant 1	Ikke svar
Informant 2	Nei
Informant 3	Opplever ingen hindringer

På hvilken måte tror du pasienten har nytte av å komme i kontakt med en likemann?	
Informant 1	Pasientene har stor nytte av å snakke med en likeperson, et menneske som har opplevd den samme sykdommen, eller lignende. Det er da man virkelig kan oppnå forståelse for hvordan man har det/takler ulike situasjoner/livshendelser osv.
Informant 2	En likemann har gått gjennom det samme som pasienten. Det å miste en lemsdel, redsel for fremtiden, usikkerhet om hjelp man kan få/har krav på. Sette livet i nytt perspektiv, få hjelp i sorgprosessen, løfte blikket fremover. Høre om likepersonens erfaring med stell av stump, fantomsmerter, protesetilpasning, aktivitetsmuligheter. Et annet viktig moment er de pårørende, også disse kan også få likepersonshjelp gjennom Momentum.
Informant 3	Gunstig, med tanke på å kunne møte endringer i livet, se muligheter og tilegne seg erfaringer. Opplevelsen av å ikke stå alene.

Hvilke forslag har du til forbedringer av likepersonsordningen for å forenkle og kvalitetssikre tjenesten?	
Informant 1	Likepersonene må inn på sykehusene, inn på avdelingene. Evt. Lage flere felles likepersonsordningen. Skape god dialog med sykehusene.
Informant 2	Felles "stikkord" liste om hva som skal gjennomgås/få informasjon om. Det blir veldig individuelt fra person til person men det er greit å ha en felles oversikt.
Informant 3	Ikke svart