

# MASTEROPPGAVE

«Hva er viktig for deg?»

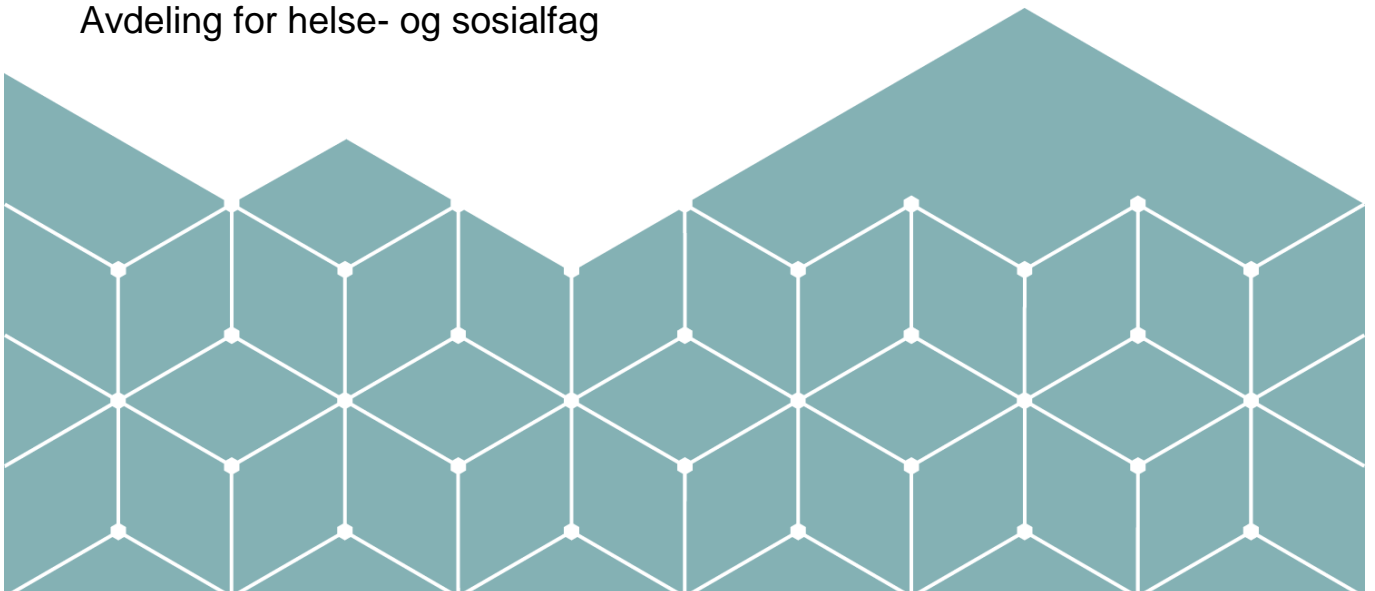
- reel brukermedvirkning eller ikke

Cecilie H. Engdahl

30.04.2021

Masterstudium i samordning av helse- og velferdstjenester

Avdeling for helse- og sosialfag



## Sammendrag

---

**Bakgrunn:** «Hva er viktig for deg?» er en retningsendring i helsevesenet som baserer seg på en helsefremmende tilnærming og en styrket pasientrolle. Pasientene har fått flere lovpålagte rettigheter og det er større krav om konkret brukermedvirkning. Med retten til større innflytelse følger forventninger om at mottakerne skal være aktive brukere, men forskning viser at det er utfordrende å få de eldre til å medvirke og at det er utfordrende for eldre pasienter å svare på spørsmålet «Hva er viktig for deg?». De helsepolitiske myndigheter argumenterer for aktivitet, deltakelse og mestring, mens de eldre egentlig bare vil ha hjelp til det de ikke får til selv. Økte myndighetskrav og rettigheter skaper også økte forventninger fra befolkningen.

**Formål:** Formålet med min studie er å studere tildelingen av hjemmetjenester og hvordan spørsmålet «Hva er viktig for deg?» påvirker tildelingen av helse- og omsorgstjenester i kommunen. Dette innebærer å se på selve tildelingsprosessen, hvem som er involvert og hva som påvirker prosessen og de beslutningene som tas.

**Metode:** I denne studien ble det benyttet en kvalitativ metode. Innsamling av data ble gjennomført ved hjelp av individuelle dybdeintervjuer av seks fagsykepleiere i hjemmetjenesten. Intervjuene ble gjennomført høsten 2020 og datamaterialet ble analysert ved hjelp av en tematisk analyseprosess.

**Resultater:** Å stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?» handler om mer enn bare å stille spørsmålet. Det handler om *hvordan* spørsmålet stilles og i hvilken kontekst. Funn i studien viser at helsepersonell trenger mer kompetanse på hvordan dette spørsmålet skal stilles. Det handler også om å gi reelle valg til pasientene for å kunne involvere de i beslutningsprosessen. Funn viser at ansatte tolker svaret på «Hva som er viktig for deg?» uten å stille spørsmålet direkte til pasientene. Dette kan problematiseres fordi spørsmålet da fort kan bli ledende hvis man omformulerer. Da kommer man kanskje ikke til bunns i hva som egentlig er viktig for pasienten selv, men hva som er viktig for kommunen. Dette kan komme på akkord med brukermedvirkningens betydning fordi det er en form for press til å akseptere løsninger som de profesjonelle tjenesteyterne kommer med.

**Nøkkelord:** Brukermedvirkning, pasientforløp, hverdagsrehabilitering, hverdagsmestring, hjemmesykepleie, samarbeid, forventninger, kompetanse, ressurser.

## Abstract

---

**Background:** “What matters to you?” is a new change of direction within the healthcare system that is based on a health-promoting approach and a strengthened patient role where the patients have been given several statutory rights, in addition to a higher demand of concrete patient’s involvement. There are expectations that the recipients are active users following the right to a greater influence, however research shows it is challenging to get the elderly to influence and for elderly patients to answer the question “What matters to you?”. Health policy authorities argues for activeness, participation and mastery, while the elderly really just wants help with what they no longer can do themselves. Increased regulatory requirements and rights also creates increased expectations from the population.

**Purposes:** The purpose with my study was to study the provision of home services and how the question “What matters to you?” affects the allocation of health and care services within the municipality. This involves looking at the allocation process itself, who is involved, what influences the process and how decisions are being made.

**Methodology:** There was a qualitative methodology used in this study. The data collection was carried out using individual in-depth interviews of six home care nurses. The interviews were conducted in the autumn of 2020 and the data was analysed using a thematic analysis.

**Results:** Asking the question “What matters to you?” is about more than just asking the question. It is about *how* the question is asked and in what context. Findings in the study shows that health professionals need more competence in how to ask this question. It is also about giving the patients real choices to be able to involve them in the decision-making process. Findings shows employees tend to interpret the answer to “What matters to you?” without asking the patients directly. This can be problematized because the question can become leading if one reformulates, and one might not get to the bottom of what really is important to the patient but to the municipality. This may compromise the true meaning of patients involvement seeing as it is a form of pressure to accept solutions given by professional service providers.

**Key words:** patients involvement, care pathways, home care reablement, activities of daily living coping, home health care, collaboration, expectations, competence, resources.

## Forord

---

Denne masteroppgaven markerer avslutningen på et fireårs deltidsstudie i samordning av helse- og velferdstjenester. Fire år fylt med kunnskap, utfordringer og nye bekjentskap. Det har vært en lang reise og ikke minst en krevende prosess. Det siste året har vært spesielt. Med en korona pandemi på toppen har arbeidsoppgavene som fagsykepleier i hjemmetjenesten og nå som teamleder i siste innspurt vært mange og da i tillegg skulle skrive en masteroppgave, var jeg til tider i tvil om jeg skulle klare det. Nå er målet endelig nådd, og det er med stolthet!

Hjertelig takk til min veileder Catharina Bjørkquist. Tusen takk for uvurderlig hjelp og kloke innspill underveis. Dine oppmuntrende ord og for at du hadde troen på meg. Tusen takk, Catharina!

Informantene fortjener også en stor takk – dere vet selv hvem dere er. Uten dere hadde det ikke blitt noen oppgave. Tusen takk!

Til sist, men ikke minst, takk til dere tre jeg deler livet med - Micael, Jørgen Tobias og Nils William som tålmodig har funnet seg i at mor i heimen i lang tid har vært mindre tilgjengelig enn hun pleier. Glad i dere – nå er det over!

Halden, april 2021

Cecilie H Engdahl

# Innhold

---

<b>Sammendrag .....</b>	<b>2</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>3</b>
<b>Forord .....</b>	<b>4</b>
<b>1.0 Innledning .....</b>	<b>7</b>
1.1 <i>Bakgrunn for studien .....</i>	7
1.2 <i>Tidligere forskning.....</i>	9
1.3 <i>Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål.....</i>	10
1.4 <i>Paradigmeskiftet, «Hva er viktig for deg?» og Gode pasientforløp.....</i>	11
1.5 <i>Organisering av gode pasientforløp og «Hva er viktig for deg?»- metodikken i undersøkt kommune .....</i>	13
1.6 <i>Disposisjon av oppgaven .....</i>	17
<b>2.0 Teori.....</b>	<b>18</b>
2.1 <i>«Hva er viktig for deg?» - et samarbeid med pasienten.....</i>	18
2.2 <i>Brukermedvirkning .....</i>	19
2.3 <i>Makt .....</i>	23
<b>3.0 Metode .....</b>	<b>25</b>
3.1 <i>Metodevalg .....</i>	25
3.2 <i>Intervju.....</i>	25
3.3 <i>Intervjuguide.....</i>	26
3.4 <i>Beskrivelse av undersøkt kommune .....</i>	27
3.5 <i>Utvalg og rekruttering .....</i>	28
3.6 <i>Analysestrategi .....</i>	29
3.7 <i>Min rolle og forforståelse .....</i>	32
3.8 <i>Etiske hensyn .....</i>	34
<b>4.0 Presentasjon av funn.....</b>	<b>36</b>
4.1 <i>Brukermedvirkning og vurdering av bistandsbehov ved tildeling av tjenester .....</i>	36
4.2 <i>Rammer og ressurser.....</i>	44

<b>5.0 Diskusjonskapittel .....</b>	<b>50</b>
5.1 «Hva er viktig for deg?» - reell brukermedvirkning eller ikke .....	50
5.2 Rammer og ressurser.....	56
<b>6.0 Avslutning .....</b>	<b>63</b>
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>67</b>
<b>Vedlegg 1 .....</b>	<b>76</b>
<b>Vedlegg 2 .....</b>	<b>79</b>
<b>Vedlegg 3 .....</b>	<b>80</b>
<b>Vedlegg 4 .....</b>	<b>84</b>

## Innledning

---

Temaet i denne studien er hverdagsrehabilitering/hverdagsmestring og hvordan spørsmålet «Hva er viktig for deg?» påvirker tildelingen av helse- og omsorgstjenester i hjemmetjenesten. Dette innebærer at jeg ser på selve tildelingsprosessen, hvem som er involvert og hva som påvirker prosessen og de beslutningene som tas.

### 1.1 Bakgrunn for studien

Med en stadig økende andel eldre, færre yrkesaktive og mindre tilgang på helsepersonell i årene som kommer, må vi organisere tjenestene på en annen måte for å få en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2008-2009).

Samhandlingsreformen peker på behovet for at helsetjenestene må bli bedre på å gi rett behandling på rett sted til rett tid. Regjeringen beskriver en strategi for aktiv aldring med mål om å tilrettelegge samfunnet slik at det blir lettere for eldre å oppnå mer mestring i livet og ha flere muligheter, samt styrke livskvaliteten deres (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2016). Strategien er blant annet satsing på forebygging, tidlig intervensjon og rehabilitering.

Brukermedvirkning er det begrepet som er mest etablert når vi snakker om samhandling innenfor helsevesenet (Westerlund, 2012) og det pekes på at bedre samhandling innen helsetjenestene handler om å få til gode pasientforløp der blant annet kommunene settes i stand til å gi pasientene rehabilitering (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 62). Samhandling er et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 13). Tjenester skal tilrettelegges slik at pasienter opplever et «helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud», noe som innebærer at pasienter opplever sammenheng mellom tjenester og tiltak ut fra individuelle behov (Gjevjon, 2015). Det handler om informasjonsutveksling, kompetanseoverføring og ansvars- og oppgavefordeling som ivaretar pasientens behov og overordnede helsepolitiske mål og krav (Øgar & Hovland, 2004, s. 166). Samordning handler om å formalisere tiltak, enten innenfor den enkelte organisasjon eller mellom organisasjoner, for å løse oppgaver og realisere felles mål. Samordning krever beslutninger på systemnivå (Orvik, 2015).

Reformen *Leve hele livet* trekker frem hverdagsrehabilitering som et viktig virkemiddel for at eldre skal ha mulighet til å være selvhjulpne i størst mulig grad (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2017-2018) og hverdagsrehabilitering er et slikt tiltak som skal sikre en bærekraftig utvikling av kommunale helse- og omsorgstjenester. Hverdagsrehabilitering er i dag implementert i flere kommuner i Norge. Innen hjemmetjenesten blir hverdagsrehabilitering beskrevet som et paradigmeskifte og har gått som en «farsott» gjennom kommunehelse Norge. Kjernen i hverdagsrehabilitering er å finne svaret på «Hva er viktig for deg?». Dette gjør hverdagsrehabilitering til en personsentrert metode, som setter pasienten og hans mål i sentrum. Å inkludere pasientene i avgjørelsestaking vil være med på å øke deres eierskap til dette (Hartviksen & Sjølie, 2017). Ved å stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?» ønsker man å flytte oppmerksomheten fra sykdom til helse og fra diagnose til hele mennesket. Dette er en retningsendring i helsevesenet som baserer seg på en helsefremmende tilnærming og en styrket pasientrolle. Ifølge Tuntland og Ness (2014) innebærer begrepet hverdagsrehabilitering en endring i omsorgstjenesten fra å være hjelpearbeid til en passiv mottaker til å la pasientene delta aktivt i sin hverdag og oppleve mestring. Pasienten får tilbud om rehabilitering i hjemmet med mål om å forbedre sin funksjonsevne og gjøre de mer selvhjulpne i hverdagen. Målsettingen er at pasientenes hjelpebehov etter hvert skal reduseres eller helst falle helt bort og kommunen unngår unødvendig ressursbruk (Kjellberg, Ibsen & Kjellberg, 2011). Aktive og selvhjulpne eldre er ifølge Haukelien, Møller og Vike (2011) et mål for tjenesten. Det gjelder å ikke hjelpe dem, men lære dem å hjelpe seg selv.

Brukermedvirkning som er et sentralt begrep i helse- og omsorgstjenesten, bidrar på denne måten til mestring og motivasjon ved at brukere setter egne mål (Folkehelseinstituttet). Deltagelsen skal sikre at tjenestene blir mer relevante og at pasienten får en aktiv rolle ved å være med på å bestemme tjenestens form og innhold (Ørstavik, 2002). San Martín-Rodríguez, Beaulieu, D'amour og Ferrada-Videla (2005) viser også til pasientsentrert arbeid, der pasienten settes i fokus. Oppmerksomheten forskyves fra hva velferdstjenesten kan tilby over til den enkeltes (med)ansvar (Johannessen, 2019). Brukermedvirkning dreier seg om muligheten og retten til å påvirke hjelpe- eller behandlingstilbudet i de individuelle hjelperelasjonene (Andreassen, 2005, s. 21). Men ifølge Johannessen (2019) kan brukermedvirkningsaspektet fort bli skadelidende innen aktivitets- og selvhjulpensideologien, da det kan skapes større forventninger til tjenestene enn det tjenestene kan innfri. Dette kan skyldes et misforhold mellom det staten lover gjennom sine



garantier og den kommunale yteevnen (Haukelien et al., 2011). Tradisjonell pleie og omsorg har hovedsakelig dreid seg om kompenserende hjelp for manglende evne til å klare seg selv (Tuntland & Ness, 2014). Pasientene er vant til å være passive mottakere og kan oppleve at de blir fratatt et gode. Det samme kan gjelde pasientenes pårørende (Kommunedelplan Helse Og Omsorg, 2017-2028). Pasienter har ønske om mer tjenester enn det er mulig å gi dem og det er ifølge Dale et al. (2015, s. 37) en klar oppfatning om at pasientene er blitt mer krevende og har stigende forventninger. Økte myndighetskrav og rettigheter skaper økte forventninger fra befolkningen. Pasientene har fått flere lovpålagte rettigheter og det er større krav om konkret brukermedvirkning og likeverdig samhandling er idealet. I dag er brukermedvirkning – pasientens medvirkning i samhandlingen – et ideal og en lovfestet rettighet (Johannessen, 2019, s. 2).

## 1.2 Tidligere forskning

Det finnes en del forskning på brukermedvirkning blant eldre i sykehus, sett fra pasienters, pårørendes og helsepersonells perspektiv (Almborg, Ulander, Thulin & Berg, 2009; Dyrstad et al., 2015; Ekdahl, Andersson & Friedrichsen, 2009; Rydeman, Törnkvist, Agreus & Dahlberg, 2012). Det finnes mindre forskning på eldre pasienters medvirkning i kommunale helsetjenester. En studie viser at helsepersonell som arbeider med eldre i kommunehelsetjenesten slet med dårlig samvittighet og følte seg utilstrekkelig fordi de ikke klarte å innfri pasienters, pårørendes og medarbeideres ønsker og behov (Ericson-Lidman, Norberg, Persson & Strandberg, 2013). Ifølge Johannessen (2019) viser studier at helsepersonell, pasienter og pårørende kan ha ulike oppfatninger av hva brukermedvirkning er. Noen pasienter mener brukermedvirkning handler om å motta informasjon og har ingen ønsker om selv å delta i avgjørelser. Andre oppfatter brukermedvirkning som å bli involvert og få være med å avgjøre egne tilbud. Brukermedvirkning blir gjerne fremhevet som et sentralt prinsipp i politiske styringsdokumenter, men brukermedvirkning er ifølge flere forskere et kontekstavhengig begrep med ulikt ideologisk innhold (Anthony & Crawford, 2000; Ørstavik, 2002; Juritzen, Engebretsen & Heggen, 2012; Jensen & Tronvol, 2012;).

Forskning viser at det er utfordrende å få de eldre til å medvirke og dette samsvarer også med andre studier (Allen, Hutchinson, Brown & Livingston, 2018; Berntsen et al., 2015; Dyrstad et al., 2015; Jokstad, Hauge, Landmark & Skovdahl, 2020) hvor helsearbeidere opplevde at det var utfordrende for eldre pasienter å svare på spørsmålet «Hva er viktig for deg?» (Olsen,

Debesay, Bergland, Bye & Langaas, 2020). Hjemmesykepleiere uttrykte brukermedvirkning som en vanskelig balansering mellom motivering, frivillighet og tvang (Johannessen, 2019, s. 8-9). De fortalte om møter med pasienter som lever vanskelige liv, og som fortjener respekt og verdighet samtidig som det er nødvendig å få den enkelte til å ta «grep» om eget liv. De helsepolitiske myndigheter argumenterer for aktivitet, deltakelse og mestring, mens de eldre vil ha hjelp til det de ikke får til selv (Fonn, 2015). Det styrende i dagens hjemmetjeneste om eldre som selvstendige og uavhengige kan skjule mennesket som et hjelpeløst, uavhengig individ og bidra til dårlig selvfølelse hos dem som ikke mestrer (Johannessen, 2019, s. 11). Det er rimelig å stille spørsmålet om denne utviklingen vil føre til at pasientgrupper som ikke gir «avkastning» i form av økt mestring og selvhjulpenhet blir nedprioritert i kommunene (Dale et al., 2015, s. 42). I studien til Andersen (2019) hvor flere av informantene kommer fra kommuner som er inspirert av ideologien «Hva er viktig for deg?», kommer det frem at det ofte er nødvendig med en forventningsavklaring mellom pasienter og tjenesteapparat i kartleggingssamtalene. Pasientenes ønsker og behov kan være sammenfallende, men de kan også være spenningsfylte (Newman & Vidler, 2006). De kan ikke velge fritt og ansatte må informere dem om hva som er mulig. De må ofte lirke, motivere og forhandle fram enighet (Johannessen, 2019, s. 9). Vi trenger derfor mer kunnskap om hvordan helsepersonell kan forene «Hva er viktig for deg?»-spørsmålet med brukermedvirkning (Oksavik, Kirchhoff, Sogstad & Solbjør, 2020).

### 1.3 Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål

Med bakgrunn fra tidligere forskning som er beskrevet i forrige avsnitt har jeg valgt følgende problemstilling:

*Hvordan påvirker spørsmålet «Hva er viktig for deg»? utforming og tildelingen av helse- og omsorgstjenester?*

Jeg har også utarbeidet to forskningsspørsmål som skal hjelpe meg å svare på denne studiens problemstilling.

- 1) Hvordan kan ansatte bidra med å forene pasienters brukermedvirkning med rett tjenestetilbud og omsorgsnivå?
- 2) På hvilke måter utfordres de tradisjonelle oppgavene i kommunehelsetjenesten?

## 1.4 Paradigmeskiftet - «Hva er viktig for deg?» og «Gode pasientforløp»

«Hva er viktig for deg?» - er ifølge Folkehelseinstituttet (publisert 14.06.2019) en retningsendring. Retningsendringen har til hensikt å tydeliggjøre brukerstemmen og bidra til at helsetjenestene møter og styrker individets egne ressurser og mestringsevne.

Retningsendringen fra å spørre «Hva er i veien med deg?» til å spørre «Hva er viktig for deg?» er ment for å gi rom til å kunne innta pasientens perspektiv. Dette beskrives av Helsedirektoratet som et paradigmeskifte. Et paradigmeskifte kan forklares som en grunnleggende endring i måten å se verden på (Ness et al., 2012) og er i denne sammenheng et uttrykk for en endret tilnærming i forholdet mellom fagrollen og pasient- og brukerrollen.

Helsetjenesten skal iverksette tiltak basert på pasienter og brukeres egne mål. Pasientens involvering og medvirkning i eget pasientforløp er derfor en viktig satsing i det nasjonale læringsnettverket *Gode pasientforløp*, som er i regi av KS og folkehelseinstituttet. Et pasientforløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 15). Satsningen *Gode pasientforløp* er bygget på to grunnsteiner, den ene er *Helhetlig pasientforløp i hjemmet* (HPH) og den andre er retningsendringen «Hva er viktig for deg?» Sammen utfyller de hverandre for å kunne gi en pasient helhetlig, koordinerte, målrettede og trygge tjenester.

Målene for *Gode pasientforløp* er:

- Å flytte oppmerksomheten fra «Hva er i veien med deg?» til «Hva er viktig for deg?» for å styrke brukerrollen og bidra til likeverd og egenmestring hos pasient.
- Styrke oppmerksomheten på det som fremmer bedre helse.
- At kommuner og helseforetak arbeider systematisk sammen.
- At oppfølging av pasientforløpene skjer ved hjelp av standardiserte målepunkter.

Utvikling av *Gode pasientforløp* bygger på erfaringene med *Helhetlig pasientforløp i hjemmet* (HPH) som ble gjennomført som et utviklingsprosjekt i seks kommuner i Midt-Norge i 2009. HPH er et strukturert utskrivnings- og oppfølgingsprogram. HPH er basert på funksjon og ikke enkeltdiagnoser. Det kan brukes på alle pasientgrupper uavhengig av diagnose. Strukturen skal sikre gode overganger mellom helsetjenestene for pasienter og skal styrke

pasientrollen. For å få til gode overganger benyttes sjekklister og prosedyrer som bidrar til nødvendig informasjon til riktig tid. Disse kartlegger også risikofaktorer på et tidlig tidspunkt, for raskt å sette i gang nødvendige tiltak ved forverring av helsetilstanden. Denne forløpsstrukturen er dokumentert gjennom doktorgraden til Tove Røstad. Professor Anders Grimsmo og hans forskningsteam ved NTNU er en aktiv bidragsyter i dette arbeidet.

Konseptet «Hva er viktig for deg?» markeres også årlig med egen dag. Dette gjøres for å sette kraft bak budskapet og synliggjøre denne retningsendringen i helsevesenet. Dagen ble markert første gang i 2014 i deltakerkommunene i første runde av læringsnettverkene for gode pasientforløp. I 2018 har markeringen spredd seg til rundt 30 land. I 2021 markeres dagen onsdag 9.juni. For å markere denne dagen kan deltakerkommunene benytte seg av forskjellig materiell som buttons, klistremerker, t-skjorter, plakater og liknede med logoen «Hva er viktig for deg?».



**Figur 1:** Hentet fra KS

## Hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring

Hverdagsrehabilitering, slik vi kjenner den i Norge i dag, stammer trolig fra Fredericia kommune i Danmark. Dette er en kommune som har brukt ressurser siden år 2008 for å forsinke igangsettelsen av tradisjonell hjemmesykepleie til hjemmeboende personer (Kjellberg et al., 2011). Mange norske kommuner har de siste årene innført, eller er i ferd med å innføre hverdagsrehabilitering som en del av sitt tjenestetilbud.

Hverdagsrehabiliteringsmodellene kan variere fra kommune til kommune. De kan komme i ulike former og kan ha litt ulike målgrupper, men er ofte organisert som et tverrfaglig team bestående av ergo- og fysioterapeuter, helsefagarbeidere og sykepleiere.

Hverdagsrehabilitering starter med spørsmålet «Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?» (Ness et al., 2012). Hverdagsrehabilitering handler om målrettet og tidsavgrenset intensiv

trening i pasientens hjem og nærmiljø for at pasienten skal kunne bo hjemme, være aktiv, delta sosialt og delta i samfunnet. Det legges til grunn en antagelse om at mennesket ønsker å være selvhjulpen og mestre hverdagen sin i størst mulig grad (Tuntland & Ness, 2014). Hverdagsmestring beskrives som et forebyggende og rehabiliterende tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå og er det grunnleggende tankesettet som styrer hverdagsrehabiliteringen (Ness et al., 2012).

## 1.5 Organisering av «Gode pasientforløp» og «Hva er viktig for deg?» - metodikken i undersøkt kommune

Kommunen som er utgangspunkt for denne studien har deltatt i det nasjonale læringsnettverket for *Gode pasientforløp*. I undersøkte kommunes plan for hjemmetjenesten år 2020 står det beskrevet at tjenester skal gis med utgangspunkt i spørsmålet: «Hva er viktig for deg?» og svaret på spørsmålet skal danne grunnlaget for hvilke og hvordan disse tjenestene skal gis (Kommunedelplan Helse Og Omsorg, 2017-2028). Dette beskriver kommunen som et paradigmeskifte med bakgrunn i at dagens tjenestetilbud ikke vil være bærekraftig i framtiden, og at de kommende helseutfordringene ikke kan løses gjennom kun å etablere flere institusjonsplasser eller gjennom å skaffe mer fagpersonell. Endringene representerer et paradigmeskifte fra passiv omsorg til at brukerne er mer aktive deltakere i egen hverdag (Kommunedelplan Helse Og Omsorg, 2017-2028). Hjemmetjenesten i denne kommunen skal derfor bidra til at innbyggerne lever et aktivt og mest mulig selvstendig liv til tross for sykdom og funksjonstap, slik at flere kan bo hjemme lengre og oppleve det som trygt, meningsfylt og noe de mestrer. Videre står det at man må motivere innbyggerne i kommunen til å ta mer ansvar for egen helse, slik at forutsetningene for å mestre eget liv blir best mulig for flest mulig. Dette skal nås gjennom en fremtidsrettet tjeneste som støtter opp under forebygging, rehabilitering og aktivisering av den enkeltes ressurser. Fremtidens tjenester skal utvikles sammen med pasienten og pårørende der pasientene gis større innflytelse over egen hverdag. Dette innebærer for denne kommunen, at tjenestene må organiseres slik at de støtter opp under og utløser alle de ressursene som pasienten selv har. Det betyr at pasientens ressurser skal aktiveres i større grad enn tidligere. Hva som er viktig for den enkelte og fokus på mestring blir sentralt fremover (Kommunedelplan Helse Og Omsorg, 2017-2028). Kommunen satser på mestringsorienterte tjenester og det er vedtatt at hverdagsmestring skal implementeres som grunnleggende tankesett i helse- og

omsorgstjenestene i kommunen. Som følge av dette har hjemmebaserte tjenester fått styrket sine ressurser med et hverdagsrehabiliteringsteam og hjemmetrenere som en del av dette.

### **Organisering av hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring i kommunen**

Hverdagsrehabiliteringsteamet i kommunen er et tverrfaglig team av hjemmetrenere som består av ergoterapeuter, fysioterapeuter, sykepleiere og helsefagarbeidere. Ifølge kommunens egen nettside er hverdagsrehabilitering en tidsavgrenset tjeneste, der opptrening i daglige gjøremål vil foregå i pasientens hjem og nærmiljø. Sammen med pasienten vil et tverrfaglig team utarbeide mål for hva pasienten selv synes er viktig å mestre i sin hverdag.

Treningsinnsatsen vil være intensiv i begynnelsen og vil avta i takt med at pasienten gjenvinner hva man har satt seg som mål. Eksempler på aktiviteter man kan trene på er å komme seg inn og ut av sengen, dusje selv, kle av/på seg, lage mat, gå utendørs eller handle. Ved hjelp av et aktivitetshjul skal pasienten selv definere hvilke hverdagsaktiviteter som er viktig å mestre ved at helsepersonellet spør «Hva er viktig for deg?» (figur 2).



**Figur 2:** Aktivitetshjul (Kommunedelplan Helse Og Omsorg, 2017-2028)

Kommunen har også noen kriterier for hvem man tilbyr tjenesten hverdagsrehabilitering til.

Disse kriteriene er:

- Over 18 år
- Bor hjemme
- Har behov for tverrfaglig innsats
- Brukere som har hatt funksjons fall
- Nye søkere, eller søkere med endret behov av hjemmebaserte tjenester
- Bruker er klar og orientert, og kan sette seg egne mål
- Samtykker til å delta

Hverdagsrehabilitering i denne kommunen tildeles derimot ikke til:

- Pasienter som har behov for rehabilitering på institusjon
- Pasienter som har rus eller alvorlig psykisk sykdom som hoveddiagnose
- Pasienter i palliativ og terminal fase

Det grunnleggende tankesettet som styrer hverdagsrehabilitering kalles hverdagsmestring. Dette skal gjøres med alle pasienter, også de som ikke faller inn under kriteriene for å motta hverdagsrehabilitering. Det handler for helsepersonellet her om å slippe hjelperrollen, og å la være å overta. Hjemmesykepleien skal jobbe med «hendene på ryggen», slik at man ikke havner i «hjelpefeller». Hjemmesykepleien skal støtte pasienten til å klare å utføre aktivitetene selv. Kommunen her kaller dette hverdagsmestring. De har også laget en film på youtube om hvordan man unngår «hjelpefeller». Dette er noe ansatte i hjemmetjenesten får opplæring i. Dette gjøres for at det skal dannes en felles plattform som gir felles engasjement og forståelse for viktigheten av at dette implementeres i hjemmetjenesten.

Kommunen sender også ansatte på tre dagers kurs for å lære seg metoden «motiverende intervju». Her lærer de seg intervju teknikker, samt hvordan man henter fram motivasjon og mål hos pasienten ved å stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?». Kommunen markerer også «Hva er viktig for deg?» - dagen hvor ansatte går med buttons med «Hva er viktig for deg?» logo. Det henges opp plakater og annet informasjonsmateriell. Tjenestebilene er også merket

med store logoer av «Hva er viktig for deg?». Det er også oppslag i lokalavisen og på kommunens internett og Facebook sider.

I undersøkt kommune har de også organisert det slik at det er faste tverrfaglige møter hver 14 dag hvor representanter fra hverdagsrehabiliteringsteamet kommer til hjemmetjenesten. Der gjennomgår man i felleskap de pasientene hjemmetjenesten har med hverdagsrehabiliteringsteamet hvor pasientenes progresjon og mål er tema. Hver enkelt hjemmetjeneste har også egne regelmessige tavlemøter hvor hverdagsmestring er tema.

### **Organisering av pasientforløp i kommunen**

Alle pasienter som kommer fra sykehus eller helsehus hvor det er forespeilet behov for hjemmetjenester, skal få besøk av sykepleier innen tre dager etter hjemkomst. Dette gjøres som en del av kartleggingen av pasientens behov for tjenester. På dette besøket benyttes en sjekkliste. Denne sjekklisen er et kartleggingsverktøy. Sjekklisen har fokus på funksjons- og mestring, medisinske- og forebyggende tiltak og hvor «Hva er viktig for deg?» - samtalen også skal gjennomføres. Alle tjenester hjemmetjenesten bistår med, skal gis med utgangspunkt i hverdagsmestringstankegangen. De pasientene hjemmetjenesten vurderer, i samarbeid med pasienten at kan ha nytte av hverdagsrehabilitering, henvises videre dit. Hverdagsrehabiliteringsteamet kartlegger da pasienten og hvis pasienten oppfyller kriteriene for hverdagsrehabilitering tildeles denne tjenesten.

I løpet av de 10 første dagene etter pasientens hjemkomst skal også en saksbehandler komme på hjemmebesøk for å gjøre en mer utfyllende kartlegging. Det blir da benyttet en sjekkliste som bygger videre på den sjekklisen sykepleieren benyttet. Saksbehandleren fatter etter dette vedtak på hvilke tjenester pasienten skal tildeles. Etter 5 uker skal primærkontakt (primærsykepleier) benytte en sjekkliste for en helhetlig vurdering av pasient. Her skal «Hva er viktig for deg?» - samtalen for andre gang gjennomføres. Det skal også vurderes om iverksatte tiltak kan avsluttes eller justeres basert på pasientens sine egne mål. Alt dette er i tråd med læringsnettverket *Gode pasientforløp*, kommunen har deltatt i.



## 1.6 Disposisjon av oppgaven

Jeg har så langt i denne oppgaven presentert bakgrunn for valg av tema og problemstilling, samt gjort rede for hva som er gjort av tidligere forskning. Jeg har også gjort rede for hvordan pasientforløp, hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring er organisert i undersøkt kommune. I neste kapittel vil jeg presentere teori som vurderes som aktuell for å kunne belyse problemstillingen og mine forskningsspørsmål, samt datamaterialet som har kommet fram i denne studien. I kapittel tre gjør jeg rede for valg av forskningsdesign og beskriver analyseprosessen. Jeg vil også gjøre rede for min forskerrolle og det å studere i egen organisasjon. I kapittel fire presenterer jeg mine funn før jeg diskuterer og drøfter funnene i kapittel fem. Avslutningsvis vil jeg oppsummere og trekke noen konklusjoner i forhold til problemstillingen.

## 2.0 Teori

---

I dette kapitlet presenterer jeg teori som jeg mener vil bidra til å belyse hvordan spørsmålet «Hva er viktig for deg?» påvirker utforming og tildeling av helse- og omsorgstjenester i kommunen.

### 2.1 «Hva er viktig for deg?» - et samarbeid med pasienten

Som tidligere nevnt har retningsendringen - «Hva er viktig for deg?» til hensikt å tydeliggjøre brukerstemmen og bidra til at helsetjenestene møter og styrker individets egne ressurser og mestringsevne (Folkehelseinstituttet). Å inkludere pasientene i avgjørelsestaking vil ifølge Hartviksen og Sjølie (2017) være med på å øke deres eierskap til dette. Kommunikasjon er derfor en vesentlig del av helsearbeidet og det er også betingelse for at pasienten skal føle seg hjulpet. Når mennesker kommuniserer med hverandre spiller både informasjon, assosiasjoner og ideer, samt holdninger og følelser inn og påvirker hvordan det hele blir oppfattet og tolket av dem som kommuniserer (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Kommunikasjonen er også selve limet i alt samarbeid (Willumsen & Ødegård, 2016) & Ødegård. For å få til et vellykket samarbeid mener San Martín-Rodríguez et al. (2005) at aspekter både ved samhandlingen, organisasjonen og omgivelsene er avgjørende. Det karakteristiske ved samarbeid er uformell kontakt og at samarbeid per definisjon ikke er basert på formelle regler og er derfor personavhengig (Zahl, 2003). Dersom et frivillig samarbeid setter begrensninger for måloppnåelsen, må man ofte innføre regler og rutiner. Samordning handler om å formalisere tiltak, enten innenfor den enkelte organisasjon eller mellom organisasjoner, for å løse oppgaver og realisere felles mål. Samordning krever beslutninger på systemnivå (Orvik, 2015). Felles forpliktelser på systemnivå bringer partene sammen og i motsetning til samarbeid kommer ikke initiativet da fra aktørene selv (Sagatun & Zahl, 2003). Samhandling er et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 13). Tjenester skal tilrettelegges slik at pasienter opplever et «helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud», noe som innebærer at pasienter opplever sammenheng mellom tjenester og tiltak ut fra individuelle behov (Gjevjon, 2015). Det handler om informasjonsutveksling, kompetanseoverføring og ansvars- og oppgavefordeling som ivaretar pasientens behov og overordnede helsepolitiske mål og krav (Øgar & Hovland, 2004, s. 166). For at aktørene skal kunne utføre en oppgave

gjennom samhandling, må de finne fram til felles mål. Aktørene må utvikle en felles forståelse og ha tilstrekkelig tillit til hverandre. De må også utveksle nødvendig informasjon, erfaring og kunnskap (Bukve & Kvåle, 2014). Likeverdig samhandling er idealet, og i dag er brukermedvirkning – pasientens medvirkning i samhandlingen – et ideal og en lovfestet rettighet (Johannessen, 2019, s. 2).

## 2.2 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er et sentralt tema i tilknytning til helse- og omsorgstjenestene og er hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven paragraf 3-1 om rett til medvirkning (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 1999). Brukermedvirkning henger sammen med den grunnleggende demokratiske retten til medbestemmelse som samfunnet vårt bygger på, og er forankret i samfunnsverdier som autonomi, likeverd, og vern om personlig integritet (Bredland, Vik & Linge, 2011, s. 45). Brukermedvirkning på individnivå beskrives av Sommerseth, Norheim, Kjellebold, Humerfelt og Hanssen (2010) som en relasjon mellom tjenestemottaker og tjenesteutøver, der den som mottar helse- og sosialtjenester involveres, deltar aktiv og har innflytelse på beslutninger som angår egen helse og velferd. Deltagelsen skal sikre at tjenestene blir mer relevante og at brukeren får en aktiv rolle ved å være med på å bestemme tjenestens form og innhold (Ørstavik, 2002). Brukermedvirkning dreier seg om muligheten og retten til å påvirke hjelpe- eller behandlingstilbudet i de individuelle hjelperelasjonene (Andreassen, 2005, s. 21). Oppmerksomheten forskyves fra hva velferdstjenesten kan tilby over til den enkeltes (med)ansvar (Johannessen, 2019). Vektleggingen av brukermedvirkning har også sammenheng med en overbevisning om at veien til gode løsninger går gjennom at pasientene må være delaktige sammen med fagfolkene (Bredland et al., 2011).

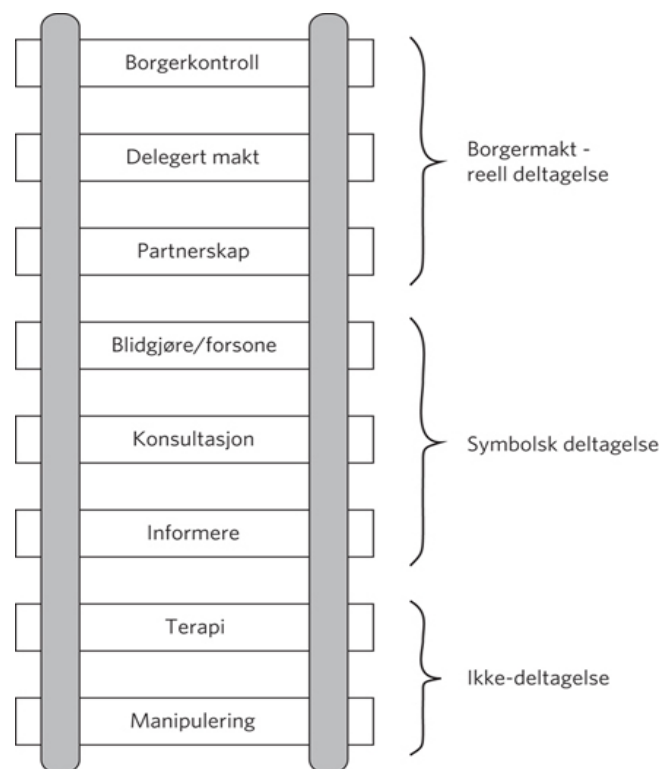
Innen rehabiliteringsvirksomhet er brukermedvirkning en forutsetning. Pasienten er spesialist på eget liv, egne ønsker for deltakelse og hvilke roller han verdsetter. Denne kompetansen som pasienten innehar, er avgjørende for at helsepersonell kan samarbeide med og støtte pasienten effektivt mot felles mål i en rehabiliteringsprosess. Brukermedvirkning skjer når brukerne er aktive deltakere i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak (Bredland, et al., 2011). Helsepersonellet har et ansvar for å motivere til helserelatert adferd, og ikke legge bort fagkunnskapen eller la pasienten stå alene med ansvaret for vanskelige valg. Pasientens evne til medvirkning vil da være avhengig av helsepersonellens evne til å gi oversikt over valgmuligheter og konsekvenser av de ulike valgene. Selv om

brukermedvirkning er en viktig verdi innen helse og omsorgstjenestene, er det fortsatt den profesjonelle yrkesutøveren som bærer ansvaret for at den beslutning som fattes, er faglig forsvarlig (Hanssen & Humerfelt, 2010).

Sverdrup (2005) skiller mellom instrumentell og demokratisk brukermedvirkning.

Instrumentell brukermedvirkning tar sikte på å forbedre tjenesteapparatet, og samfunnsøkonomiske gevinster står i fokus. Demokratisk brukermedvirkning er rettet mot å gi den enkelte bruker medbestemmelse og er derfor viktig for brukerens menneskeverd (Humerfelt, 2005).

Arnstein (1969) beskriver grader av brukermedvirkning og har utarbeidet en brukermedvirkningsstige som visualiserer grader av medvirkning gjennom åtte trinn (figur 3).



**Figur 3:** Brukermedvirkningsstige (Arnstein, 1969).

De to nederste trinnene, manipulasjon og terapi, beskriver manglende deltakelse. De tre neste trinnene på stigen, informasjon, konsultasjon og beroligelse eller forlik, betegnes som symbolsk medvirkning. Øverst finner vi borgermakt med trinnene partnerskap, delegert makt og borgerkontroll (Arnstein, 1969).

Hansen (2007) har også laget en tilsvarende skala der det legges vekt på hvordan pasienten deltar i beslutningsprosessene. Denne skalaen går fra liten grad av brukermedvirkning (brukerperspektiv) til stor grad av brukermedvirkning (brukerstyring). De ulike trinnene i denne skalaen kan kort beskrives slik:

- *Brukerperspektiv* – tjenestemottakerens interesser blir ivaretatt av hjelpeapparatet uten at pasienten deltar aktivt i selve beslutningsprosessen.
- *Brukerdeltakelse* – tjenestemottakerne får delta i beslutningsprosessene, men har ikke nødvendigvis innflytelse over tiltakene som iverksettes.
- *Brukerinnflytelse* - tjenestemottakerne får delta i beslutningsprosessene og har innflytelse over tiltakene som iverksettes.
- *Brukerstyring* – tjenestemottakerne deltar i beslutningsprosessen og har avgjørende innflytelse over hva som vedtas.

(Ramsdal & Hansen, 2015, s. 197).

Krogstrup (1999) snakker også om ulike grader av medvirkning, men da med utgangspunkt i pasientens eiendomsrett over eget problem langs ulike faser i beslutningsprosessen. Dette innebærer om pasienten har rett til å kontrollere og definere følgende:

1. Bestemme om et problem eksisterer
2. Definere hva problemet er
3. Avgjøre om det skal gjøres noe med problemet
4. Velge mellom ulike former for hjelp
5. Igangsette, opprettholde eller avslutte hjelp.

Jo mer pasientene bestemmer innenfor disse områdene, jo mer innflytelse har pasienten. Her ser man med andre ord på ulik grad av medvirkning, ikke samlet sett, men innenfor ulike deler av prosessen. Det er også avgjørende for brukermedvirkningen at pasienten har relevant informasjon og reelle alternativer å velge mellom (Askheim, 2017).

De senere årene har imidlertid et tredje perspektiv på brukermedvirkning fått en mer fremtredende posisjon i velferdspolitikken, nemlig brukermedvirkning gjennom samproduksjon (co-production) (Askheim, 2016). Mens de tradisjonelle forståelsene av

brukermedvirkning har dreid seg om at brukerne skal ha innflytelse over eget tjenestetilbud, retter samproduksjonsperspektivet seg mot at brukerne skal ta et større ansvar for egen velferd og liv og benytte egne ressurser i tjenesteproduksjonen (Askheim, 2017). Derved er det en forståelse av brukermedvirkning som i tillegg til medvirkning og innflytelse framhever pasientens ansvar og deltakelse i tjenesteytingsprosessen. Her er man opptatt av aktivisering av pasientens egne ressurser i tjenesteproduksjonen. Andersen, (2019) beskriver hvordan forutsetningen om at den enkelte pasient ønsker å ta ansvar og benytte egne ressurser i tjenesteproduksjonen kan problematiseres. Han skiller mellom «innflytelse» pasienten har over tildeling og utføring av tjenestene, og kartlegging av hjelpebehov som vil kunne omfatte forventninger om «deltakelse» ved at pasienten skal benytte egne ressurser og være aktiv i tjenesteproduksjonen. En kan tenke seg situasjoner hvor et press for aktivisering og deltakelse ikke bidrar til «empowerment» av pasientene, men heller til «disempowerment». Dent og Pahor (2015) trekker fram tre mulige negative konsekvenser av samproduksjon som bidrar til «disempowerment» av brukerne. Det er en form for press til å akseptere løsninger som de profesjonelle tjenesteyterne kommer med, underordning under en paternalistisk relasjon eller manipulering gjennom opplæring og veiledning. Da blir beslutningen ikke nødvendigvis i tråd med pasienten prioriteringer (March & Heath, 1994).

Pasienten som passiv mottaker (rute 1) dreier seg om situasjonen i den tradisjonelle velferdsstaten hvor det er en paternalistisk tilnærming med pasientens rolle som passive mottakere av tjenester som de har liten innflytelse over, og hvor de profesjonelle i stor grad bestemmer.

<b>Bruker som/Bruker har</b>	<b>Liten innflytelse</b>	<b>Stor innflytelse</b>
<b>Passiv mottaker</b>	1. Blir passiv mottaker	2. Velger å være passiv mottaker (aktivt-passiv)
<b>Aktiv deltaker Samprodusent</b>	3. Press for deltakelse og egenaktivisering Disempowered	4. Velger å være aktiv deltaker Empowered

**Figur 4:** Brukerroller og innflytelse (Andersen, 2019, s. 4).

Pasient som «aktivt-passiv» mottaker (rute 2) representerer situasjoner hvor pasientene har en mulighet for innflytelse over tjenestene og hvor de «aktivt» velger en rolle som passive mottakere, selv om de vil kunne klare å gjøre noen av oppgavene selv. Det vil være betydelige

gråsoner her, hvor det vil være uklart om pasientenes «aktive» valg er uttrykk for en avmaktssituasjon, eller at de ikke orker å gjøre oppgavene selv om de ville kunne klare det. Hovedpoenget er ifølge Andersen (2019) likevel å kunne fange opp situasjoner hvor tjenesteyterne mener at pasientene kan klare å gjøre oppgaver selv og også vil «ha godt av det», men hvor pasientene ikke ønsker å gjøre det. Ved pasient som «tvungen samprodusent» (rute 3) er det et krav eller press fra tjenesteapparatet om at pasienten skal delta aktivt i tjenesteutførelsen, men hvor pasienten ikke ønsker dette selv. Dette blir ifølge Andersen (2019) ikke forstått som individets frie valg, men som en plikt som medborger. Det kan være situasjoner hvor tjenesteyterne har oppfattet at pasienten deltar på frivillig grunnlag, mens pasienten på sin side kan føle seg presset til det. I denne situasjonen vil pasienten bli «disempowered». Pasient som frivillig samprodusent (rute 4) innebærer at det er samsvar mellom tjenesteapparatets ønske om egenaktivitet fra pasientens side og pasientens egen vilje. Pasientene gjør dette på et frivillig grunnlag fordi de mener at det er i deres egen interesse. Her vil pasienten bli «empowered» (Andersen, 2019).

Begrepsmessig kan power, som utgjør kjernen i empowerment begrepet, oversettes med både styrke, kraft og makt. Empowerment knyttes til individer og grupper som er eller har vært i en avmaktssituasjon og hvordan de kan komme ut av avmakten. Utgangspunktet er å styrke de avmechtige slik at de kan få økt selvtillit, bedre selvbilde, øke kunnskaper og ferdigheter (Askheim, 2012, s. 11-12). Empowerment i et rehabiliteringsperspektiv vil ifølge Askheim (2012) sidestilles med begrepet mestring. Sentralt i den helsefremmende tenkningen, som er i tråd med retningsendringen «Hva er viktig for deg?» står ideen om at folk må få makt og kontroll over helsen, altså empowerment (Mæland, 2016, s. 17).

## 2.3 Makt

Helsepersonell er satt til å løse oppgaver ved hjelp av spesialisert kunnskap og ferdigheter. I tillegg til å forvalte kunnskap forvalter helsepersonellet store samfunnsressurser. De har definisjonsmakt, og de tar beslutninger med ofte store konsekvenser for menneskers ve og vel (Molander & Terum, 2008). Ifølge Abbott (1988) er grunnstrukturen i all profesjonell virksomhet å diagnostisere, trekke slutninger og behandle. I både det å diagnostisere og behandle kan det være nødvendig med faglig skjønn for å trekke slutninger (Molander & Smeby, 2013). De må på lokalt nivå ta stilling til hvilke behov som skal imøtekommes og fungerer da som portvakter i velferdsstaten. De tar stilling til hva pasienter får av hvilke

tjenester og dette kan være avhengig av profesjonens varierende personlige oppfatninger. Helsepersonell er tildelt posisjoner som gir makt, tillit og rett til skjønnsutøvelse (Molander & Terum, 2008). Man kan si at en person eller en gruppe har makt om den eller de er i stand til å påvirke andre. Det kan bli maktutøvelse om de som skal samarbeide er uenige om hva som skal utføres. Er det en eller flere som påvirker andre for å fremme sitt syn, vil det være noen som blir utsatt for maktbruk og noen som utøver den. Når noe skal gjennomføres, og det er flere som skal bidra kan makt fremkomme (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 166-167). Maktutøvelse kan ikke forgå i et tomrom, men er knyttet til relasjoner mellom mennesker, enten maktutøvelsen skjer direkte eller indirekte. Med direkte maktutøvelse er personene det gjelder fysisk til stede i forhold til hverandre. Indirekte maktutøvelse er maktutøvelse der personer påvirker hverandre, eller den ene påvirker den andre, uten fysisk kontakt (Stang, 1998, s. 44).

I helse- og velferdssektoren er det også en utfordring at pasientene ofte står i et avhengighetsforhold til tjenesteyterne. Det betyr at det ikke er en gjensidig maktbalanse mellom partene. En klassisk definisjon på makt er: «Makt forekommer når en aktør A får en aktør B til å gjøre noe hun eller han ellers ikke ville ha gjort» (Dahl, 1957, s. 202-203). Sosiologen Max Weber har en lignende definisjon av makt som «et eller flere menneskers sjansje til å sette gjennom sin vilje i det sosiale samkvem, og selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand» (Weber, Fivelsdal & Østerberg, 2000). I helse- og velferdssektoren ser vi at tjenesteyterne kan få pasientene til å handle annerledes enn de ellers ville ha gjort av flere grunner. Delvis kan dette skyldes direkte maktutøvelse, der tjenesteyterne (eller virksomhetene) nekter pasienten hjelp hvis ikke pasienten selv oppfyller visse krav. Vi kan også tenke oss at makt utøves mer indirekte ved at tjenesteyterne ikke setter noen bestemte krav, men hvor pasienten tilpasser seg de prioriteringene de tror at tjenesteyteren har, fordi pasienten vet at vedkommende er avhengig av bistand og derfor vil imøtekomme tjenesteyteren best mulig (Hansen, 2019; Weber et al., 2000).



## 3.0 Metode

---

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for de valg jeg har foretatt underveis i studien som gjelder metode og hva som ligger til grunn for hvilket forskningsdesign jeg har valgt å benytte. I tillegg beskriver jeg analyseprosessen. Jeg vil også redegjøre for utvalget mitt, om etiske betraktninger i denne studien og om det å forske i egen organisasjon.

### 3.1 Metodevalg

Metode betyr veien til målet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 140), og er altså et hjelpemiddel til å gi en beskrivelse av virkeligheten (Jacobsen, 2015, s. 24). Temaet i all forskning bør ifølge Kvale & Brinkmann (2015, s. 137) bestemme metoden og i henhold til Jacobsen (2015) er metode en systematisk fremgangsmåte for innsamling av data som kan beskrive virkeligheten som skal undersøkes. I denne studien ble det benyttet en kvalitativ metode, da jeg som forsker var ute etter informantenes ulike erfaringer, holdninger, verdier og forventninger. Denne metoden egner seg til å styrke forståelsen til hvorfor mennesket handler som det gjør og forskningsdesignet egner seg når man søker utdypende kunnskap om et bestemt tema. Det tas med dette utgangspunkt i hermeneutikken hvor det poengteres at det er det individuelle som forsker man søker å finne og et viktig mål i kvalitative undersøkelser er nettopp det å belyse menneskers subjektive opplevelser og erfaringer (Thagaard, 2018).

### 3.2 Intervju

Ifølge Thagaard (2018) gir intervjuer et særlig godt grunnlag for å få innsikt i personers erfaringer, tanker og følelser. Formålet er å få fylldig informasjon om hvordan mennesker opplever sin livssituasjon, og hvilke synspunkter og perspektiver de har på de temaer man ønsker økt kunnskap om. Studiens hensikt var å søke kunnskap om saksbehandlernes og sykepleiernes erfaringer på hvordan spørsmålet «*Hva er viktig for deg?*» påvirker utformingen og tildelingen av helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Intervju egner seg derfor godt som datainnsamlingsmetode til dette formålet (Thagaard, 2018).

Det er forskerens primære oppgave å spørre hvorfor intervjupersonene opplever og handler som de gjør (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 47-48) og ved å bruke en kvalitativ metode som intervju kan det skapes en nærhet til mine informanter som kan bidra til å påvirke hva de

svarer. Det menneskelige samspillet i intervjuet påvirker ifølge Kvale & Brinkmann (2015, s. 95) intervjupersonene, og kunnskapen som produseres i intervjuet, påvirker vårt syn på menneskets situasjon. Dette måtte jeg som forsker være oppmerksom på og reflektere over. Et intervju er en ansikt-til-ansikt-interaksjon som foregår i en kontekst (Kvale & Brinkmann 2015, s. 156). Ved å benytte intervju som metode kom jeg derfor tett på informantenes egne erfaringer.

Jeg har valgt å benytte et halvstrukturert intervju fordi denne intervjuformen egner seg godt i min studie. Denne intervjuformen gir rom for individuell utdypning og oppfølgingstemaer. Temaene jeg ønsket å spørre om hadde jeg fastlagt på forhånd, men rekkefølgen ble bestemt underveis. På den måten fikk informanten fortelle sin historie uten at jeg avbrøt med spørsmål. Et viktig poeng i kvalitativ forskning er at prosjektets design må gi grunnlag for fleksibilitet og målet med et halvstrukturert intervju er først og fremst å få belyst et fenomen eller tema fra flest mulige ståsteder og innfallsvinkler, og samtidig ivareta en felles struktur i intervjuene (Brottveit, 2018, s. 93).

### 3.3 Intervjuguide

Å utforme intervjuguiden var en prosess. For å strukturere spørsmålene i intervjuguiden delte jeg de opp i temaer som skulle svare på mine forskningsspørsmål (se vedlegg 1). Spørsmålene er åpne slik at de skal oppmuntre informantene til å komme med utdypende informasjon og inviterer informanten til å presentere sine synspunkter og erfaringer (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2016, s. 149; Thagaard, 2018). Ledende spørsmål kan påvirke reliabiliteten. Det begrenser informantens svaralternativer og bidrar til å skape en forventning om hvordan informantene kan svare på spørsmål. Av den grunn forsøkte jeg derfor å unngå dette mest mulig (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 97; Thagaard, 2018). Jeg utformet flere utkast av intervjuguiden og fikk veiledning på disse. Ut fra dette utformet jeg en intervjuguide jeg ønsket å benytte meg av.

Siden et forskningsintervju er ansett som et håndverk som krever øving (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 85-86), foretok jeg derfor to prøveintervjuer med to frivillige kollegaer fra min arbeidsplass. Dette ga erfaring om meg selv i forskerrollen og jeg fikk også benyttet muligheten til å justere noen av spørsmålene i intervjuguiden. Jeg oppdaget da, at jeg fikk noen andre svar enn jeg hadde sett for meg. Jeg brukte for eksempel ordet konflikt i et av

oppfølgingsspørsmålene. Eksempel: «Hvordan håndteres eventuelle konflikter mellom de ulike kravene/forventningene?» Dette ordet ble oppfattet som noe «negativt» av mine to prøveinformanter. De svarte at de sjelden opplevde noen konflikter, men at uenigheter var mer vanlig. Jeg valgte derfor å endre ordlyden til uenigheter. Jeg endret også på layouten slik at jeg fikk en ryddigere oversikt over hovedspørsmålene mine og oppfølgingsspørsmålene. Jeg utarbeidet også en oversikt over hjelpespørsmål jeg kunne ta i bruk hvis det ble nødvendig for å få mer utfyllende svar fra informantene.

### 3.4 Beskrivelse av undersøkt kommune

Kommunen har valgt å studere i er en relativt stor kommune med ca 57 000 innbyggere. Kommuneområdet helse- og velferd består av 18 virksomheter og ledes av direktør. Blant disse utgjør hjemmetjenesten tre av virksomhetene (se vedlegg 2) og er organisert geografiske i tre virksomheter, øst, vest og sentrum. Disse tre virksomhetene ledes av en assisterende direktør og hver virksomhet har hver sin virksomhetsleder. Hver virksomhet er igjen delt i tre team. Noen team har også delt seg og organisert seg i mindre grupper innenfor sitt team. Det er en teamleder og en fagsykepleier i hvert team. Teamleder har det overordnede ansvaret og har også personalansvar for de ansatte i teamet. Fagsykepleier bistår teamleder og har ansvar for samhandling og pasientflyt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, samt helsehus og andre samarbeidspartnere for pasienter som bor hjemme og er i behov hjemmesykepleie. Fagsykepleier har også fagansvar innenfor saksbehandling og skal sikre at hjemmeboende pasienter med hjemmesykepleie får forsvarlig helse- og omsorgstjenester i samarbeid med teamleder.

Det fattes vedtak om hjemmetjenester i samme virksomhet og team som utfører disse tjenestene. Hvem som er saksbehandlere i hjemmetjenesten, er organisert noe forskjellig ute i de respektive virksomhetene og team. Det kan være fagsykepleier eller det kan være sykepleiere som også har saksbehandling som en del av sine arbeidsoppgaver. I tillegg har også alle sykepleiere tildelingsmyndighet til å tildele helsetjenester uten skriftlig vedtak – kalt muntlige vedtak. Hoveddelen av helsetjenestene som gis til hjemmeboende, tildeles først uten skriftlig vedtak da helsetjenester som regel må settes i gang før man rekker å fatte vedtak. Saksbehandlerne kartlegger, tildeler tjenester og skriver vedtak. Saksbehandlerne i hjemmetjenesten saksbehandler og tildeler tjenester på hjemmesykepleie (nødvendig helsehjelp og praktisk bistand), hjemmehjelp (rengjøring) og trygghetsalarmer. De skriver

også vedtak på hverdagsrehabilitering, men det er hverdagsrehabiliteringsteamet selv som kartlegger og beslutter om denne tjenesten skal gis ut fra gitte kriterier.

Hverdagsrehabiliteringsteamet «bestiller» et vedtak fra saksbehandler hvis pasienten oppfyller kriteriene for å kunne motta hverdagsrehabilitering. Hvis det er behov for opphold på institusjon (korttidsopphold/avlastningsopphold/rulleringsopphold) eller langtidsplasser på sykehjem eller bofelleskap er det egne saksbehandlere på inntakskontoret som saksbehandler, tildeler og vedtar dette etter søknad fra pasient, pårørende eller helsepersonell.

### 3.5 Utvalg og rekruttering

Studiens utvalg ble styrt av problemstillingen og hvem som var best egnet til å besvare problemstillingen (Johannessen et al., 2016, s. 113-115). Jeg ville i min studie intervju saksbehandlere fra hjemmetjenesten fordi de tildeler og fattet vedtak på hjemmesykepleie, samt hverdagsrehabilitering. I tillegg ville jeg intervju sykepleiere fordi de har tildelingsmyndighet til å tildele helsetjenester uten skriftlig vedtak – kalt muntlige vedtak. Jeg hadde som mål å intervju 6- 8 informanter. Jeg tok derfor først kontakt med de aktuelle virksomhetslederne på e-post for å spørre om jeg kunne få gjennomføre undersøkelsen i deres virksomhet og om de kunne videreformidle forespørselen om deltakelse til sine saksbehandlere og sykepleiere i sin virksomhet. Ganske raskt fikk jeg svar fra to av virksomhetslederne. De var svært positive til min studie og videreformidlet min forespørsel om deltakelse til sine saksbehandlere og sykepleiere. Allikevel drøyde det med tilbakemeldinger fra informanter som ønsket å delta. Vi var midt i en pandemi og det var travle tider for alle. Etter råd fra min veileder sendte jeg derfor oppfølgings e-poster til virksomhetslederne, samtidig som jeg også sendte dette til teamlederne. Jeg fikk da etter hvert respons fra fagsykepleierne fra de ulike virksomhetene som ønsket å delta i min studie. Det var to fagsykepleiere fra hver virksomhet, totalt seks fagsykepleiere som ønsket å delta. Blant disse, var tre av fagsykepleierne også saksbehandlere som fattet vedtak. De andre hadde tildelingsmyndighet til å tildele helsetjenester uten skriftlig vedtak – kalt muntlige vedtak. Alle disse hadde også lang erfaring fra hjemmetjenesten.

Ettersom vi var midt i en pandemi og det var stort arbeidspress på hele helsesektoren ønsket jeg å få gjort intervjuene så raskt som mulig, selv om Johannessen et al., (2016) anbefaler bruk av et tidsperspektiv hvor prosessen bør foregå over tre trinn. Han anbefaler at man avtaler tid for intervju omtrent to uker før intervjuene skal foregå. Han sier også at det bør sendes ut

informasjon en uke i forveien om hvor intervjuene skal finne sted og om det er forberedelser som intervjupersonene skal gjøre i forkant av intervjuet. Til slutt anbefaler han å gi en påminnelse til intervjupersonene dagen før de skal intervjues. Siden jeg hadde dårlig tid og koronarestriksjonene ble endret raskt avtalte jeg tidspunkt for intervjuene med informantene fortløpende og så raskt de hadde mulighet. Denne korrespondansen ble gjort på e-post. Informantene fikk samtidig vedlagt skriftlig informasjon vedrørende min studie, innhenting av samtykke og informasjon om at de kunne trekke seg fra studien uten at de må begrunne hvorfor (se vedlegg 3). Stedet for intervjuet ble bestemt av informanten selv og her ønsket alle at intervjuet foregikk på deres arbeidsplass. Det er ifølge Johannesen et al., (2016, s. 125-126) en fordel å rekruttere informantene på stedet hvor intervjuene skal foregå. Informantene slipper da å reise fra stedet, tiden brukt til datainnsamling blir redusert og informantene er fysisk tilstede i miljøet der informantens arbeid foregår til daglig. Før hvert av intervjuene startet jeg med å takke for at de ville la seg intervju samt signering av samtykke og forklaring av hva samtykke innebærer. Intervjuene tok mellom 60 og 90 minutter. Intervjuene ble også tatt opp på lydfil, noe alle informantene samtykket til.

### 3.6 Analysestrategi

I denne studien har jeg valgt å benytte meg av det som i litteraturen omtales som en tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006). Forskerens oppgave er å identifisere og fortolke på hvilken måte informantenes utsagn og handlinger gir mening til omverden (Brottveit, 2018, s. 64-66). Braun og Clarke trekker frem tematisk analyse som den første analysemetoden kvalitative forskere bør lære seg. De begrunner dette med at metoden byr på grunnleggende ferdigheter som vil være nyttige for videre kvalitativ forskning. De trekker også frem metoden som nyttig for uerfarne forskere, da den er enkel og lære seg samt å gjennomføre. Denne analyseformen er også ifølge Thagaard (2018, s. 278) den mest studentvennlige og har en fleksibel tilnærming. Den har også en nokså teoriuavhengig tilnærming og analyseformen åpnet også for at jeg har kunnet oppdage teoretiske momenter av relevans underveis (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2018, s. 281). Jeg har gjennom hele prosessen hatt med meg teorien om brukermedvirkning som anker i min studie. Under analyseprosessen trakk jeg også inn teori om makt, da dette viste seg å være av relevans for funn i denne studien. Den tematiske analyseformen har derfor først og fremst gitt meg en oppskrift på hvordan jeg skal gå frem for å analysere dataene mine (Johannessen et al., 2018). Slik jeg ser det er dette med på å forsvare

bruken av denne metoden for meg som masterstudent, siden jeg har lite erfaring fra kvalitativ forskning fra tidligere. En tematisk analyse kan gi et viktig oversiktsbilde av informantenes syn og erfaringer, men ulempen ved denne tilnæringsmåten er at informantene kommer mer i bakgrunnen siden analysen først og fremst er sentrert om selve temaet (Brottveit, 2018, s. 146). Temaene som analysen er rettet mot, er definert av forskeren og er derfor preget av min forforståelse av Thagaard (2018, s. 179).

## **Transkribering**

Etter gjennomførte intervjuer ble transkribering av intervjuene gjennomført fortløpende. Johannessen et al. (2018) anbefaler at intervjuene transkriberes så ordrett som mulig. Dette vil ifølge Thagaard (2018) gi den mest fylldige informasjonen om dialogen mellom forsker og informant. Når intervjuene transkriberes fra muntlig til skriftlig form, blir intervjusamtalene strukturert slik at de er bedre egnet for analyse (Kvale & Brinkmann, 2015). For å få transkripsjonen mest mulig virkelighetsnær og pålitelig så valgte jeg å transkribere ord for ord. Jeg tok også med gjentakelser som «ehh» og «hmm», og markerte i teksten hvis respondenten lo eller hadde en pause. Stemmeleie, sukk og stønn kan være med på å forsterke betydningen for informanten, og derfor kan dette ha betydning for bruken senere i analyseprosessen (Johannessen et al., 2016). Plassering av komma og punktum under transkriberingen var en utfordring. Jeg opplevde at det ble påvirket av min tolkning av materialet. Ved flere tilfeller så endret jeg på komma og punktum da jeg lyttet til intervjuene på nytt.

## **Tematisering**

Etter at materialet var ferdig transkribert, leste jeg gjennom det flere ganger for å finne koder. Johannessen et al. (2018, s. 285) anbefaler en kombinasjon av tre teknikker for enklest gjøre dette. Markere viktige poenger ved for eksempel å streke under tekst, stikkordsoppsummeringer ved å skrive stikkord i margin og notere mine refleksjoner fortløpende. Jeg startet med åpen koding. Ord, setninger og utsagn som var interessante og som på en eller annen måte sto i relasjon til min problemstilling eller forskningsspørsmål ble identifisert og markert med kommentarer. Jeg mistet etter hvert litt oversikt ved å jobbe slik på datamaskinen, så jeg valgte å skrive ut alle de transkriberte intervjuene på papir og

markerte på nytt med farger hvilke koder som gikk igjen. Deretter så la jeg inn de enkelte sitater fra intervjuene inn i tabeller med ekstra felt for koder og mulige temaer. Her lot jeg forskningsspørsmålene mine bestemme retningen av temaer. På denne måten systematiserte jeg informantenes utsagn i intervjuene. Figur 5 viser eksempler på hvordan jeg la inn de enkelte sitater med koder og mulige temaer.

<b>Informant</b>	<b>Tekst</b>	<b>Kode</b>	<b>Tema</b>
2	<i>... det vi vil med det er jo egentlig å ... hva er viktig for deg for å være hjemme og ivareta deg selv mest mulig. Det er jo liksom det som på en måte ligger bak, i hvert fall måten det blir brukt på her i kommunen.</i>	Formål Omformulering	Dulting – påvirke  Makt
4	<i>alle som stiller dette spørsmålet ikke har forståelse for hva det egentlig innebærer, det tror jeg nok.</i>	Mangler forståelse	Kompetanse
2	<i>På en måte skal det jo liksom være brukermedvirkning ... ikke sant? Og så får vi jo da i 99% av tilfellene et svar som kanskje ikke vi kan oppfylle da.</i>	Kan ikke oppfylle ønsker  Diffust spørsmål	Kommunikasjon  Brukermedvirkning
6	<i>det kan jo bli noen diskusjoner. Vi har jo noen innimellom ... hvor noen pasienter ikke helt skjønne det her med hverdagsmestringen og at vi skal liksom gå inn og ... «vi gjør det her nå og viser deg hvordan du skal gjøre det og viser deg hvordan vi skal tilrettelegge for. Du skal klare det her selv på sikt ... men hvorfor kan dere ikke bare gjøre det for meg» ... liksom. De skjønner ikke liksom ikke helt.</i>	Diskusjoner  Forstår ikke  Ønsker tradisjonell hjelp	Konflikter  Forventningsavklaring  Rammer og retningslinjer  Kommunikasjon
3	<i>jeg hører nok at noen liksom «jeg gjorde det for ho fordi det tar alt for lang tid for å vente på det»</i>	Dårlig tid	Ressurser
5	<i>... flere kognitivt svekkede pasienter og den der forventningen i samfunnet og som bare har økt om at kommunen eller at samfunnet og kommunen skal ivareta de som bor hjemme.</i>	Ivareta de som bor hjemme  Flere kognitivt svekkede pasienter	Forventing  Rammer

**Figur 5:** Koder og temaer

Et av hovedpoengene i en slik tilnærming er å gå i dybden på de enkelte temaer. Tematisk analyse kjennetegnes med en grunnregel om at alle de valgte temaene er representert hos alle informantene. Thagaard (2018) viser også til at ulempen ved tematisk analyse er at grensene mellom temaene ofte er flytende og viser til at når tekstbiter løsriveres fra sin opprinnelige sammenheng er det fare for at en kan miste en forståelse for helheten. Det var derfor viktig at jeg hadde fokus på dette. Gjennom å se kodene i sammenheng, fikk jeg identifisert noen temaer som gikk igjen i datamaterialet. Disse temaene er kompetanse, makt, rammer og retningslinjer og ressurser.

Figur 6 viser hva jeg har kommet frem til av temaer og undertemaer under analyseprosessen.

<b>Brukermedvirkning</b> Forskningsspørsmål 1: <i>Hvordan kan ansatte bidra med å forene pasienters brukermedvirkning med rett tjenestetilbud og omsorgsnivå?</i>			<b>Organisatoriske forhold</b> Forskningsspørsmål 2: <i>Hvordan (på hvilke måter) utfordres de tradisjonelle oppgavene i kommunehelsetjenesten?</i>		
<b>Tema 1</b> Kompetanse			<b>Tema 3</b> Rammer og retningslinjer		
<i>Hva er viktig for deg?</i>	Ansatte vet ikke hva de spør om	Pasienter vet ikke hva de skal svare	<i>Forventningsavklaring</i>	Ønsker tradisjonell hjelp	Uenigheter
	Mangler opplæring	Forskjellige måter å spørre på		<i>Individuelt skjønn</i>	Forventninger
				Handlingsrom	Forhandler seg fram til økte tjenester
				Ulike tjenestetilbud	
<b>Tema 2</b> Makt			<b>Tema 4</b> Ressurser		
<i>Påvirkes til å ta «gode» valg</i>	Dulling/påvirkning	Omformulerer/pakker inn spørsmålet	<i>Prioritering av oppgaver</i>	Tid	Konflikter
				Forsvarlighet	
			<i>Oppgavefordeling</i>	Mangel på helsepersonell	Rettferdig fordeling?

**Figur 6:** Temaer og undertemaer

### 3.7 Min rolle og forforståelse

Jeg har 17 års erfaring som sykepleier. Jeg har jobbet som sykepleier i hjemmetjenesten i undersøkt kommune i 9 år og som fagsykepleier på samme sted de siste 3 år. Jeg har derfor relativ god kjennskap til «Hva er viktig for deg?» - spørsmålet og metodikken rundt dette gjennom mitt arbeid i kommunen. Kjennskap til miljøet fra tidligere kan både være en styrke og en begrensning ifølge Thagaard (2018, s. 190). Kunnskap om forskningstemaet kan være



med på å klargjøre mer konkrete spørsmål og strukturere dem mer etter tema enn dersom man har mindre kunnskap om forskningstema (Kvale & Brinkmann, 2015). Min kunnskap om hjemmetjenesten og «Hva er viktig for deg?» metodikken hjalp meg i utarbeidelsen av intervjuguiden. I tillegg var dette til hjelp underveis i intervjuene da jeg kunne stille relevante oppfølgings spørsmål. Når jeg kjenner til dette fra før har jeg et bedre utgangspunkt for å utvikle en forståelse «innenfra» (Thagaard, 2018, s. 190). Fordelen er at jeg kunne ta med meg min kunnskap om forskningstemaet inn i intervjuene slik at jeg lettere kunne forstå informantenes virkelighet og samtidig unngå feilslutninger eller misforståelser. Dette gjorde det også lettere for meg å stille oppfølgings spørsmål, eller vinkle samtalen i en annen retning dersom informanten ikke holdt seg til tema. På den andre siden kan tilknytning og kjennskap til miljøet føre til at jeg som forsker overser det som er forskjellig fra mine egne erfaringer og konsekvensen kan være at jeg blir mindre åpen for andre nyanser (Thagaard, 2018, s. 190). Jeg er derfor åpen for at jeg kan ha tolket informantene utsagt ut fra min egen forforståelse og personlige synspunkter om temaet.

### **Forskning i egen organisasjon**

Jeg jobber i samme kommune som jeg undersøker og forskning i egen organisasjon kan gi utfordringer med nærhet og distanse (Kvale & Brinkmann, 2015). Det at intervjuene er gjort i egen kommune vil alltid kunne påvirke resultatene. Ingen forsker kan ifølge Jacobsen (2015) være helt nøytral, selv om dette er idealet, men dette kan medføre at jeg kan miste nødvendig distanse, og at jeg selv påvirker studien, både i innhenting av data og i analysen. Det mellommenneskelige samspillet under intervjuene vil påvirke intervjupersonene, samtidig som det produseres kunnskap under intervjuene som vil påvirke forskerens syn på intervjupersonens situasjon (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 95-96). Alle informantene var kjent med min rolle som fagsykepleier i hjemmetjenesten, og det kan ha ført til skepsis mot å dele relevant informasjon med meg. Jeg har vært bevisst på å be informantene utdype i de tilfeller de har uttrykt at jeg vet hva de mener, og jeg har også unngått å gi uttrykk for egne meninger underveis i intervjuene. Underveis i intervjuene opplevde jeg likevel at informantene var svært åpenhjertige om tanker og meninger. Det er ulikheter i svarene fra informantene som jobber i samme virksomhet og team, men også mellom virksomheter og team. Samtidig er det også en del samsvar. Jeg oppfatter derfor informantene som seriøse.

## Validitet og reliabilitet

Forskerens valg og bevissthet underveis i forskningsprosessen har betydning for forskningens validitet og reliabilitet. **Validitet** omhandler dataenes gyldighet, det vil si om forskeren undersøker det han/hun mener å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2015). Validitet er også avhengig av hvor data er hentet fra og om det er logisk sammenheng mellom studiens utforming og spørsmål som stilles. Kvale & Brinkmann (2015) viser til at for å styrke validiteten underveis i en intervjusituasjon kan man stille kontrollspørsmål til informantene; «Har jeg forstått deg rett når ...?» eller «Er det slik å forstå at du ...?». Dette var jeg bevisst på og forsøkte å gjøre i alle intervjusituasjonene og særlig når informantene kom med uttalelser og beskrivelser som kunne belyse problemstillingen for studien. Validiteten handler også om den valgte metoden, og om den er den mest relevante for forskningsspørsmålet (Tjora, 2018, s. 79).

**Reliabilitet** omhandler forskningens pålitelighet, og presenteres gjerne som spørsmålet om andre forskere vil komme frem til samme resultat ved hjelp av samme metode på et annet tidspunkt (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Den samme intervjuguiden ble brukt under alle intervjuene, men jeg kunne ikke alltid følge den slavisk. Jeg måtte noen ganger improvisere ved å endre ordlyd eller endre rekkefølge på spørsmålene for å følge opp informantenes svar. Dette er i tråd med Kvale & Brinkmann (2015) som understreker at altfor høyt fokus på reliabilitet vil gå utover variasjon og kreativ tenkning (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Studien min har få informanter, og på bakgrunn av at studien er gjennomført i en kommune vil den kanskje ikke ha gyldighet i en annen kommune.

## 3.8 Etiske hensyn

Studien med intervjuguiden er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) (se vedlegg 4). NSD vurderer i hver enkelt søknad om hensynet til personvernet og at lov om behandling av personopplysninger er ivaretatt (Thagaard, 2018). Kontinuerlig etisk refleksjon er viktig for å unngå potensiell skade ved deltakelse, enten ved at anonymiteten ikke er sikret godt nok eller at informantene angrer sine uttalelser (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 97-98).

Som forsker må jeg ta hensyn til personer, grupper og institusjoner, hensyn til andre forskere og forskningskvaliteten er viktige momenter som jeg må overveie. Thagaard (2018, s.22) fremhever tre sentrale etiske retningslinjer for forskning, som jeg har måttet ta hensyn til. Det er informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser av å delta i forskningsprosjekter.

*Informert samtykke* betyr at informantene informeres om forskningsprosjektets overordnede hensikt og formål. Det innebærer også at man sikrer seg at informantene deltar frivillig og informerer dem om deres rett til når som helst å trekke seg fra prosjektdeltagelsen (Kvale & Brinkmann, 2015; Nesh, 2020; Thagaard, 2018). Informantene fikk både muntlig og skriftlig informasjon om at det var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg fra studien. Ingen av informantene har ønsket å trekke seg i denne studien.

*Konfidensialitet* handler om at forskeren skal behandle innsamlet personlig data konfidensielt, identifiserbare opplysninger anonymiseres, samt at dataene oppbevares på forsvarlig måte og makuleres etter at prosjektet er avsluttet (Kvale & Brinkmann, 2015; Nesh, 2020; Thagaard, 2018). Alle intervjuene ble anonymisert. De ble gitt et fiktivt nummer i tilfeldig rekkefølge. Jeg benyttet en diktafon-app på telefonen min under intervjuene. Lydopptaket ble lagret ved Tjenester for Sensitive Data (TSD) som oppfyller lovens strenge krav til behandling og lagring av sensitive forskningsdata slik at andre ikke har tilgang. I tråd med retningslinjer fra NSD blir alle opptakene slettet ved sluttdato for studien. I lydopptak og notater har det ikke fremkommet hvem som blir intervjuet. Datamaskinen som studien ble gjennomført på har hele tiden hatt passord og filene har blitt lagret etter HIØ retningslinjer for lagring av sensitive forskningsdata.

*Konsekvenser* forskningen kan ha for informantene ved å delta i prosjektet er det tredje og siste grunnprinsippet Thagaard (2018) presenterer for en etisk forsvarlig forskningspraksis. Dette innebærer at jeg som forsker har et overordnet ansvar for å unngå at mine informanter skal utsettes for skade eller andre alvorlige belastninger ved å delta i mitt prosjekt. Jeg som forsker har vært klar over at den åpenhet og intimitet som kjennetegner en kvalitativ metode som intervju, kan medføre at informantene kan oppgi informasjon de kanskje senere vil angre på at de har oppgitt (Kvale & Brinkmann, 2015).

## 4.0 Presentasjon av funn

---

I dette kapittelet presenterer jeg funn som er gjort i forbindelse med intervjuene med fagsykepleierne fra hjemmetjenesten. Gjennom et tematisk analysearbeid ble det identifisert fire hovedtemaer som skal være med på å besvare forskningsspørsmålene og hovedproblemstillingen. Under tema opplæring og kompetanse og tema makt vil jeg presentere funn som skal besvare forskningsspørsmål: *Hvordan kan ansatte bidra med å forene pasienters brukermedvirkning med rett tjenestetilbud og omsorgsnivå?* Under tema rammer og retningslinjer og tema ressurser presenterer jeg funn som skal besvare forskningsspørsmål 2: *På hvilke måter utfordres de tradisjonelle oppgavene i kommunehelsetjenesten?*

Først vil jeg presenterer hva informantene selv oppgav at de legger vekt på når de vurderer og tildeler pasienter hjemmetjenester, og hva informantene selv legger i begrepet brukermedvirkning.

### 4.1 Vurdering av bistandsbehov og brukermedvirkning

Som et steg på veien for å få finne svar på hovedproblemstillingen om hvordan spørsmålet «Hva er viktig for deg?» påvirker tildeling og utforming av tjenestetilbudet, ønsket jeg at informantene fortalte hva de selv legger mest vekt på når de vurderer pasienters bistandsbehov ved tildeling av hjemmetjenester og hva de selv legger i begrepet brukermedvirkning. Dette for å forstå hva de legger til grunn når helse- og omsorgstjenester tildeles. Jeg stilte derfor alle informantene spørsmålet om hva de la mest vekt på når de tildelte hjemmetjenester og hvordan de vurderer pasientenes bistandsbehov. Informantene oppgir her å ha litt forskjellig fokus på hva de legger mest vekt på. Blant det som ble oppgitt var faglig forsvarlighet, pasientens egne ressurser og dens evne til opptrening og selvstendighet, holde pasienten utenfor tjenestebildet så lenge som mulig eller gi tjenester på lavest mulig nivå.

En av informantene fortalte at det var kjempeviktig å legge vekt på kartleggingen av pasientens ressurser, og oppgir pasientens egne ressurser som utgangspunkt når pasientens bistandsbehov ved tildeling av hjemmetjenester vurderes. Her hadde de ekstra fokus på

pasientens egne ressurser etter et funksjonsfall og har som mål om at pasienten kan bli selvhjulpen igjen. Informanten forteller videre at de har dette som mål og fokus på alle nye pasienter ved oppstart av tjenester. De har også en tavle hvor alle nye pasienter står oppført og hvor dette er en av sjekkpunktene, slik at det alltid blir vurdert om pasienten kan være en kandidat for å kunne bli selvhjulpen igjen.

En av de andre informantene hadde derimot fokus på å holde pasienten ute fra tjenestebildet så lenge som mulig og ikke tildele hjemmesykepleie slik at hjemmetjenestens ressurser ikke belastes unødvendig. Informanten fortalte at hvis pasienten kunne klare seg med andre instanser enn hjemmesykepleie så skulle man holde det der. Andre instanser kunne være dagavdeling, trygghetsalarm og slike ting. Dette sammenfaller også med en av de andre informantene som forteller at tildeling av tjenester skal foregå på det laveste mulig nivå og ordlegger seg på denne måten:

*Vi skal begynne på det laveste nivået når det gjelder å gi tjenester da. For eksempel med medisadministrering så prøver vi å tenke om de kan administrerer en multidoserull, kanskje privat også. Så slipper dem en tjeneste fra hjemmesykepleien (3).*

En annen informant var derimot opptatt av at tjenesten som skal gis er forsvarlig og vektlegger alvorlighetsgraden, samt hvor raskt tjenesten må starte opp og uttaler følgende:

*Vektlegge det som er alvorlighetsgraden av ting da, egentlig. Hvor fort man må starte opp tjenesten ... holder det at vi kommer i morgen for eksempel (2).*

Det var bare en informant som fortalte at brukermedvirkning og mestring var i fokus når tildeling av hjemmetjenester ble vurdert. Informanten var opptatt av hva pasienten selv ønsket og hva som var viktig for pasienten å mestre. Det ble lagt vekt på at pasienten selv definerte sitt behov for tjenester og hva som var viktig for pasienten fremover i den situasjonen pasienten nå var i.

Alle informantene fikk også spørsmål om hva de selv legger i begrepet brukermedvirkning og alle var svært samstemte på hvordan det ble definert. En av informantene definerte det slik:

*At pasienten er med og avgjør hvilke tjenester som skal gis, i størst mulig grad. Noe kan man på en måte innfri og noe kan man ikke innfri, men det er viktig at den som på måte er hovedperson som faktisk skal motta tjenestene kan ... ehh ... være med på å si noe om hva man ønsker da (1).*

Informantene var opptatt av at pasienten fikk være med på å avgjøre i størst mulig grad hvilke tjenester som skal gis og at pasienten også skulle få lov til si noe om hva den ønsket selv. Informantene var også klare på at det ikke var pasienten som bestemte hvilke og hvordan tjenester skulle gis, men at de kunne være med å påvirke dette. Dette sammenfaller også med hva en av de andre informantene forteller:

*Det at man får være med på avgjørelser. Bli tatt med og bli hørt på. Bli sett og hørt rett og slett. Ikke at dem skal bestemme, men være med å påvirke tjenesten som gis da. Være herre i sitt eget liv (6).*

De andre informantene uttrykker også at pasienten skal få lov til å si noe om hvordan tjenesten og tiltakene skal gis, men at dette ikke betyr at pasienten skal bestemme.

### **Kompetanse og opplæring**

I prosessen rundt tildeling av hjemmetjenester benytter de ansatte i undersøkt kommune sjekklister. Det fortelles at disse sjekklister benyttes som hjelpemiddel av ansatte i hjemmetjenesten for å kartlegge pasientens behov for tjenester og utformingen av den. Videre fortelles det at spørsmålet «Hva er viktig for deg?», som er en essensiell del av sjekklister som benyttes, at ansatte ikke helt forstår hva det spørsmålet innebærer når det stilles. Det fortelles at man må jobbe med forståelsen av hva det egentlig innebærer å stille det spørsmålet. Dette sier også flere av de andre informantene noe om. De forteller at informantene selv og de andre ansatte ikke har nok kompetanse på hvordan spørsmålet «Hva er viktig for deg?» skal stilles. Det fortelles om manglende bakgrunnsinformasjon for å kunne bruke spørsmålet riktig og hva som egentlig er målet med det. Dette støttes av en informant sitt utsagn som forteller at nesten ingen av de ansatte klarer å spørre om det «riktig».

Informantene forteller at de egentlig ikke vet hva de spør om når de stiller dette spørsmålet. Dette vil ifølge en av informantene føre til at de ansatte heller ikke legger særlig vekt på hva pasientene svarer og forteller dette:

*Dem som stiller det spørsmålet, vet ikke bra nok selv hva det innebærer og da blir det ikke lagt godt nok vekt på hva som blir svart på det heller i forhold til videre. Da er vi sånn veldig ... hjelpebehovet ditt her og nå og ikke det helhetlige som vi kanskje ønsker (4).*

Det fortelles videre at det ikke er spørsmålet, eller svaret på spørsmålet som pasienten oppgir som er styrende for hvilke tjenester pasienten får. Samtidig fortelles det også at svaret på spørsmålet heller ikke alltid samsvarer med den tjenesten som gis. Dette kan være fordi pasienten kan ha misforstått spørsmålet eller at de ansatte ikke er tydelige nok når de stiller spørsmålet, slik at pasienten svarer noe helt annet enn hva som var målet med spørsmålet. Informanten ordlegger seg slik:

*Det er ikke det som styrer tjenesten vi gir og så er det ikke alltid det er samsvar mellom det som er svart og ... i det hele tatt da. Også fordi at pasienten misforstår spørsmålet eller pasienten svarer på en måte på noe helt annet enn det vi egentlig kanskje vil og da er det kanskje fordi vi ikke er gode nok til å stille det riktig (4).*

Dette bekreftes også av annen informant som forteller at noen pasienter kan svare noe som ikke har noe med helsetjenester å gjøre når de får spørsmålet «Hva er viktig for deg?». Da er det også som informanten sier vanskelig å innfri, samtidig som det svaret mest sannsynlig heller ikke har noe med den tjenesten som skal gis.

Målet med spørsmålet er å finne motivasjonen til pasienten for å kunne gjennomføre et hverdagsrehabiliteringsopplegg. Informantene forteller om manglede opplæring og veiledning på hvordan spørsmålet «Hva er viktig for deg?» skal stilles. Det savnes tilstrekkelig bakgrunnsinformasjon for å kunne bruke det riktig og at man burde hatt mer inngående opplæring for hvordan man best skal kunne bruke spørsmålet og hva som er målet med det. En av informantene forteller dette:

*Når det ble innført så fikk vi informasjon, men ikke en konkret veiledning på hvordan man burde stille spørsmålet eller hvordan man kunne implementere det i en samtale (1).*

Dette støttes også av flere av de andre informantene som forteller at det har vært opplæring på hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring, men at det ikke har vært så fokus på akkurat spørsmålet «Hva er viktig for deg?» og hvordan det skal brukes. Flere av informantene forteller om første gangen de hørte om dette var ved paradigmeskifte introduksjonen kommunen hadde med alle ansatte i hjemmetjenesten hvor det var undervisning om hverdagsrehabilitering og hverdagsmestringsmetodikken. Det har også vært fokus på dette på personalmøter. Det fortelles også at enkelte av de ansatte i tillegg har hatt MI kurs (motiverende samtaler) som er en samtalemetode hvor man lærer hvordan man kan stimulere

en annen person til å endre sin adferd. Kun fåtallet av informantene mine oppgir å ha vært på MI kurs selv.

Videre fortelles det om mye utskiftning av personale, og manglende opplæring av de nyansatte. En av informantene forteller også at det har vært utfordringer i forhold til at de ikke har hatt nok saksbehandlere på grunn av oppsigelser og permisjoner. Informanten forteller at dette har ført til at de har måttet lempe på kravene om hvem som utfører kartleggingsbesøkene hos pasientene. Dette har da blitt utført av ansatte uten saksbehandlerkompetanse. Dette kan ha innvirkning på hvordan kartleggingen og tildeling av tjenester foregår.

Alle informantene var derimot klare på at ved helt konkrete funksjonsfall som beinbrudd og liknende, så klarte man å koble spørsmålet «Hva er viktig for deg?» opp mot rehabilitering og hverdagsmestring. En av informantene sa dette.

*Hvis det er helt konkret og dem for eksempel har brukket armen, så er nok det som er viktig for deg å lære seg å smøre mat og vaske seg selv igjen. Da tror jeg dem skjønner det, på en måte ut ifra funksjonsfallet du har hatt (2).*

Andre ganger er det ikke like hensiktsmessig å koble det opp mot hverdagsmestring fordi, som en av informantene sier, at det handler rett og slett om å ivareta pasienten og lindre. Dette støttes også av en annen informant som uttrykker at det ikke alltid passer å tenke hverdagsmestring i forbindelse med spørsmålet «Hva er viktig for deg?» fordi pasientene er så syke og ikke har energi til annet enn å komme seg gjennom dagen. De blir bare mer slitne av det.

Det fortelles også at det kan oppleves som unaturlig for ansatte å stille dette spørsmålet når de er ute på kartleggingsbesøk. En av informantene forteller at spørsmålet fort kan bli oppfattet som en bisetning man spør bare for å være hyggelig. Informanten sier dette:

*Det blir oppfattet som en bisetning bare. At man stiller det spørsmålet for å være hyggelig. Det er følt at jeg sier det, men jeg tror at det er sånn det er (4).*

En annen informant uttrykker frustrasjon i forhold til bruken av dette spørsmålet og forteller videre at spørsmålet isolert sett ikke passer inn i helsevesenet fordi ingen forstår hva spørsmålet betyr og fordi mange av de oppgavene hjemmesykepleien skal utføre er helt konkrete helseoppgaver som intravenøs antibiotikabehandling og slike ting. Informanten uttrykker seg slik:



*Jeg vet at dette her er nasjonale føringer og liksom tanken er jo veldig bra, men selve det spørsmålet helt isolert sett er helt malplassert i helsevesenet på en måte .... eller i hvert fall i hjemmetjenesten på den måten vi skal spørre om det (2).*

Informanten stiller her spørsmålsteget ved hvordan spørsmålet stilles. Dette støttes også av flere av de andre informantene som forteller at spørsmålet er vanskelig å bruke fordi man får så forskjellige svar. Videre fortelles det også at det er veldig forskjellig hvordan pasientene oppfatter spørsmålet og at de ikke helt vet hva de skal svare. En av informantene forteller dette:

*Det er jo et veldig stort spørsmål som er veldig vanskelig å stille og jeg tenker at det spørsmålet egentlig ikke skal stilles på den måten (5).*

Spørsmålet oppfattes som stort og det er vanskelig å stille. Informanten mener også at spørsmålet ikke skal stilles slik det lyder - «Hva er viktig for deg?», som også støttes av de andre informantene. Ved å stille dette spørsmålet åpnes det opp for mye. Det kan være noe som er viktig for en, men som ikke har noe med helsetjenester å gjøre og da blir dette vanskelig å innfri. Dette forteller også flere av de andre informantene om. En av de ordlegger seg slik:

*At det ikke alltid samsvarer med noe vi kan få hjulpet dem med sånn i forhold til hva er nødvendig helsehjelp og litt sånn og noen ganger så er det helt urimelige svar som kommer også (4).*

Det fortelles om urimelige svar på «Hva som er viktig for deg?» og store ønsker som ikke samsvarer med tjenesten som gis eller skal gis. Det kan også komme ønsker som kommer i skvis med kriterier for tildeling av omsorgsnivå som en av informantene utdyper her:

*Hvis svaret er egentlig noe helt annet enn du kan oppfylle. For eksempel at det er kjempeviktig for å få plass på sykehjem, også er ikke den brukeren nødvendigvis under kriteriene for eller har behov i det hele tatt. Da kan man på en måte ikke oppfylle ønskene uansett da, selv om vi vet at eller pasientens ønske teller veldig mye, men det betyr ikke, hvis det er så konkret, så betyr det ikke at man nødvendigvis får tilbudet om det da (5).*

## Makt

Informantene forteller at det å stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?» rett fram gjør det utfordrende fordi spørsmålet blir for stort og at spørsmålet derfor bør omformuleres. En av informantene utdyper dette slik:

*Jeg tror at jeg alltid må spisse det mot noe eller relaterer det mot et eller annet da. For å få det beste ... så de skjønner at de kan svare noe i den retningen. Det er liksom litt sånn stort (3).*

Denne taktikken benyttes også av flere av de andre informantene. En av de andre informantene forteller også at spørsmålet gjerne «pakkes inn» og styres mot noe konkret.

Informanten forteller dette:

*Jeg stiller vel som regel «Hva er viktig for deg?» og så sier jeg ... legger gjerne litt på sånn ... litt i hverdagen vet du. Hva er du glad i å gjøre? Jeg pakker det kanskje litt inn da (6).*

Informantene opplever å få «bedre» svar som samsvarer med tjenesten som skal gis hvis spørsmålet omformuleres og spisses mot noe konkret, slik at man på en eller annen måte kan klare å finne motivasjonen pasienten har for å bli mest mulig selvstendig. En av informantene forteller dette:

*Det kan være noe som er viktig for deg i forhold til at du ikke skal ha hjelp av oss mer ... «Hva er viktig for deg å lære deg da?» Men da blir det jo liksom sånn styrende måte å spørre på da (2).*

Her antydes det at hvis spørsmålet blir omformulert og spisset vil pasienten påvirkes til å ta «gode valg», som i denne sammenheng vil være selvstendige pasienter. Dette kan komme på akkord med brukermedvirkningens betydning som samme informant sier noe om her:

*Hvis vi skal ha brukermedvirkning må vi ha fram hva pasienten ønsker, men det vi vil med det er jo egentlig å ...; «Hva er viktig for deg for å være hjemme og ivareta deg selv mest mulig?». Det er jo liksom det som på en måte ligger bak, i hvert fall måten det blir brukt på her i kommunen (2).*

Slik det fremstår her vil pasienten bli styrt til å svare noe som kommunen ønsker at svaret skal være og ikke egentlig hva pasienten selv kanskje hadde ønsket eller ville medvirke til.

Videre forteller flere av informantene at de tolker svaret på «Hva som er viktig for deg?» uten å stille spørsmålet akkurat direkte til pasienten. Informantene beskriver dette som at man må lese pasienten i en samtale eller luke det ut av linjene i forhold til hva som blir snakket om i samtalen med pasienten. Informantene ordlegger seg slik:

*At man kan spørre det uten å spørre det, og tolke liksom svarene om hva som er viktig for pasienten uten å spørre akkurat om det spørsmålet (2).*

*«Hva er viktig for deg?» er ikke alltid spørsmålet «Hva er viktig for deg?». Det er det å lese pasienten i en samtale (4).*

*Jeg tenker i forhold til for eksempel da når du er på et kartleggingbesøk så kan du greie å få tak i hva som er viktig for pasienten uten å akkurat stille det spørsmålet (5).*

Det fortelles også om at pasienter har fått vedtak hvor det har stått beskrevet fra tjenesteytting pasienten ikke kjenner seg igjen i. En av informantene sier dette:

*Altså det vi har hatt et par eksempler på er liksom når pasienten har fått et vedtak da, og de stusser over noe de absolutt ikke kjenner seg igjen i; «Hæ, dette er ikke viktig for meg da ...» (2).*

Dette antyder til at pasienten enten ikke har forstått hva han har svart på eller at den ansatte ikke har klart å tolke riktig hva som er viktig for pasienten.

## 4.2 Rammer og ressurser

### Rammer og retningslinjer

På spørsmål om kommunen har noen rammer eller retningslinjer for innhold og omfang av hjemmetjenestene som tildeles forteller informantene om at det finnes standarder og kriterier for tildeling i saksbehandlerprosedyrene, men at disse ikke alltid følges og at det er rom for tolkning. Det fortelles også om at rammen man hadde tidligere med tanke på hyppigheten av tjenesten eller hvor ofte den kan gis ikke lenger er avgjørende, men at det er rom for individuell vurdering. Ved for eksempel tildeling av dusj hvor rammen eller standarden tidligere har vært en gang per uke kan pasienter nå forvente å kunne få dette oftere ut fra hvilket behov man har, og hva man ønsker selv. En av informantene forteller dette i forhold til tildeling av dusj:

*Fra tidligere har det vært en gang i uka. Der har vi gått mer over til å vurdere hva behovet er og hva man ønsker selv, men utgangspunktet vårt er fortrinnsvis hjelp til dusj en gang i uka. Sånn har det alltid vært og så har vi endret litt på det i den siste tiden (4).*

Dette støttes også av denne informantens utsagn:

*Vi kan ikke si at vi bare kan dusje noen en gang i uka lenger på en måte, som vi sa før i tiden da (2).*

Samtidig fortelles det også om oppgaver hjemmetjenesten ikke utfører. Det nevnes hagearbeid som klipp av hekk og liknende. Informantene forteller også at man ikke ruller hår, utfører fotpleie eller fyrer opp med ved. Hjemmetjenesten foretar heller ikke tilsynsbesøk kun for å se om pasienter har det bra. Man tilbyr heller ikke å lage mat fra bunn av. Tross dette gjøres det allikevel unntak som en av informantene utdyper her:

*Samtidig selv om ting står der at vi fyrer ikke med ved eller vi gjør ikke ditt eller datt, så er det alltid en helhetsvurdering. For målet er jo så lenge pasienten ønsker og kan bo hjemme, så skal vi tilrettelegge for det da. Og hvis eneste muligheten er hvis vi gjør den tingen ... så kan på en måte ting fungere bedre da ... så er det kanskje en begrunnelse for at vi skal gjøre det allikevel (5).*

Det finnes rammer og retningslinjer for hva hjemmetjenesten kan tilby av tjenester, men hvis pasienten er avhengig av denne hjelpen for å bo hjemme lenger skal tjenesten allikevel

innfris. En av informantene forteller at det er fint lite hjemmetjenesten ikke gjør hvis pasienten er i behov av det. Dette støttes også av en annen informant som forteller at det ikke finnes noen regler for hva hjemmetjenesten kan gjøre. Informanten ordlegger seg slik:

*Det er ikke noen regler for hva vi kan gjøre hjemme så lenge det er innenfor forsvarlighetens grenser da. Vi må bare løse det problemet pasienten får hjemme (2).*

Dette er med på å skape usikkerhet om hvilke tjenester man kan tilby og ikke. Ansatte kan ha forskjellige syn og vurderinger på tjenester som gis eller skal gis, som igjen kan føre til konflikter og uenigheter. Dette forteller også en av informantene om:

*Det henger nok litt igjen det der. Hva gjør vi og hva gjør vi ikke, sånn som kommune da. Det har vi gjort alltid og det har vi aldri gjort for eksempel. Er det noe hjemmesykepleien skal gjøre? Jeg opplever jo at det er et spørsmål som stilles oftere da, i gruppa. At det kanskje er oppe mer til diskusjon nå enn før (4).*

Ansatte blir usikre når det ikke tydelige rammer for hva som kan tildeles av tjenester.

Tjenestene kan også oppfattes som urettferdige når pasienter får ulikt tjenestetilbud. En av informantene forteller dette:

*I hvert fall hvis man ser den ene opp mot den andre da. Hvorfor skal vi rulle opp det håret, men ikke det håret? (5).*

En av informantene fortalte også at alle pasienter skal få det samme tilbudet, men dette stemmer ikke med funn som kommer fram her. Pasientene får ulike tjenestetilbud og pasienter kan forhandle seg fram til økte eller bedre tjenester som for eksempel dusj. En av informantene forteller dette:

*Det med dusj for eksempel har vi jo også diskutert mye her hos oss når vi liksom har yngre mennesker som er vant til å dusje hver dag og det er kjempeviktig for dem, og så er det andre da som bare får dusje en gang i uka (2).*

Noen pasienter får bare tilbud om dusj en gang i uka mens andre får flere. Hvis en pasient ønsker å dusje hver gang, men hjemmetjenesten ikke ser behovet for det eller ikke har ressurser viser funn her at pasienten er i den posisjon at man kan forhandle seg til dusj oftere enn hva standarden er på fortrinnsvis en gang i uka. En av informantene ordlegger seg slik om dette:

*Det handler om at pasienten kanskje ønsker dusj hver dag, men at vi kan tilby dusj tre ganger i uka da. At man på en måte møtes på halvveien (1).*

Eller hvis en pasient ønsker å dusje to ganger i uka istedenfor å vaske seg resten av uka, så forteller en annen informant at dette også innvilges da dette er ressurs sparende for hjemmetjenesten fordi de da ikke trenger å bistå med personlig hygiene de resterende dagene i uka. Dette støttes også av en annen informant som forteller om en ung pasient som ikke får tilbud om dusj oftere enn to ganger pr uke fordi denne dusjen er veldig tidkrevende og beskriver dette som et etiske dilemmaer man kommer opp i.

Tjenestene gis etter en individuell skjønnsvurdering og uten klare rammer blir tjenestetilbudet pasientene får forskjellig. Et annet eksempel på dette er når tjenesten som gis styres av følelsene til den ansatte som det fortelles videre om her:

*Det er liksom litt den medlidenheten der. Stakker lille gamlemor på 95 som er liksom mørkeredd, og er redd og ser på nyhetene og det er så mye følt som skjer da ... Da må man kanskje gå i en dialog. Hun kanskje ikke trenger det tilsynet sånn på papiret holdt jeg på å si, ut ifra at hun har en trygghetsalarm, men at det liksom kan forebygge litt da. Så kanskje at man kan få påvirke det selv om, sånt ut ifra ... eh... ja, kriteriene da så skulle hun kanskje ikke hatt det (2).*

Her får en pasient en tjeneste hun ikke skulle fått ut fra kriteriene for tildeling. Hun får det ut fra ansattes medlidenhet.

Når pasienter får hjemmetjenester forteller flere av informantene at det er en forventning om at hvis hjemmetjenesten først skal inn i bildet skal de få hjelp til mye og når spørsmålet «Hva er viktig for deg?» stilles og dette skal kobles opp mot målet om selvhjulpne pasienter viser funn her at mange pasienter heller ønsker tradisjonell hjelp. En av informantene ordlegger seg slik:

*De blir litt sånn tatt på senga når man mener at de skal trene og øve på å bli gode selv da. Det er ikke alle som har lyst til det liksom. Ofte så har de jo betalt skatt i 60 år og da syns dem at dem kan få litt hjelp (3).*

Flere av informantene forteller at det ofte er behov for en forventningsavklaring når de er ute på kartleggingsbesøk. Ofte kan pasienter og pårørende ha snakket med eller ha kjennskap til andre som har hatt eller får hjemmetjenester og da ha en forventning om å få det samme.

Mange av pasientene er heller ikke motivert eller forberedt på at det er forventet at de skal

delta mer aktivt selv når de skal motta hjemmetjenester. En av informantene forteller videre at noen kan la seg motivere mens andre er helt uinteresserte. Informanten forteller dette:

*Noen lar seg motivere til det når man får litt mer informasjon om hvorfor man gjør det, mens andre er bare ikke interessert. Så da blir det jo litt sånn. Hvis det for eksempel er det å smøre seg mat da. Det å reise seg opp og gå og være i bevegelse, så er det ofte det har skjedd at da gjør dem det ikke hvis det blir overlatt til dem selv. Ja, sultestreiker. Det hørtet ille ut da, men ... ja (4).*

Pasienten tar her ikke ansvar for eget liv og sultestreiker slik at hjemmetjenesten må tilby tradisjonell hjelp, istedenfor mestringstiltak som kommunen har som mål å gi.

## **Ressurser**

Pasientene som bor hjemme nå er sykere enn før og krever mer ressurser fra hjemmetjenesten. For at de skal fortsette å kunne bo hjemme lenger og for å kunne opprettholde «Hva er viktig for deg?» forteller flere av informantene om at hjemmetjenesten må ha tilstrekkelig med ressurser for å møte dette. Ifølge informantene tilbys det mer tjenester i hjemmet nå en tidligere på grunn av dette og av den grunn brukes det også mer ressurser. Det fortelles at det er utfordrende det med tidspress når en skal la pasienten selv gjøre ting selv. Det går raskere å heller gjøre det for pasienten der og da. En av informantene forteller dette:

*Noen opplever jo at når pasienten skal gjøre selv så kan det jo ta litt lengre tid og det kan jo være vanskelig i en hektisk hverdag når vi har tidspress på oss da, for å rekke fra A til B. Så det og er jo liksom en ting som drar opp tiden her hvis vi skal la pasienten gjøre ting selv og det er noen som jo har sakte bevegelser i seg selv. Så det kan være en utfordring å klare og stå der og vente til pasienten faktisk klarer å gjøre det selv (3).*

Alle informantene fortalte at tidspress var utfordrende fordi det gikk raskere hvis man hjalp til og det var vanskelig for ansatte å prioritere dette fordi man ikke ser gevinsten av selvhjulpne pasienter her og nå. Det å ta seg tid til at pasienten skal gjøre selv var vanskelig å prioritere i en hektisk hverdag. En av informantene ordlegger seg slik:

*Det er vanskelig å klare å prioritere det når man ikke har gevinsten her og nå. For vi skal tenke framover, men drifta er lagt opp til veldig her og nå (4).*

Informantene forteller at det er behov for flere ressurser for å møte kravet om at folk skal bo hjemme lenger. Det fortelles om stor pågang av nye pasienter. Pasienter kommer hjem på kort varsel fra sykehus og da gjerne på kveldstid. Da er bemanningen lavere. Det er vanskelig å få tak i nok og riktig kompetanse på vakt som kan gå på akkord med forsvarlighet. En av informantene uttaler dette:

*Vi har kjent på pågangen av mange nye pasienter og hva det krever av ressurser og personal. Mange skal hjem og det er egentlig for liten bemanning til å kunne gi en, hva skal jeg si for noe, god tjeneneste da. Det blir for travelt. Ja, vi ser jo det der med mangel på helsepersonell. At det er vanskelig å få tak i folk (1).*

Det er ikke rom for oppgaver som ikke er planlagte. En av informantene forteller om toalettbesøk som ikke er forutsett og planlagt som et eksempel på oppgaver som kan gå utover noe annet. Dette spiser av tiden til andre pasienter eller andre oppgaver som skal gjøres. Dette genererer mer travelhet og stress fordi ansatte forter seg. Det fortelles også om at dette går ut over samhandlingen med pasientene når ansatte har det travelt fordi det da ikke er så lett for pasientene å fortelle noe eller ytre et ønske eller si noe om en opplevelse når noen bare er innom i fem knappe minutter. Samtidig uttrykkes det også bekymring for at ansatte blir overbelastet og advarer om at man bør være forsiktig med de ansatte man har så de ikke blir sykmeldte. Videre fortelles det om diskusjoner vedrørende ressursbruk og prioritering av oppgaver som en av informantene forteller om her:

*Men vi har senest denne uka her hatt noen diskusjoner av rett og slett ressursbruken, fordi vi har noen som gjerne vil gå en tur og vil dit og datt og sånn, mens det da er andre som ligger og må ha intravenøs behandling og da blir liggende å vente. Hvis vi da tenker sånn, kontrastene da, så vi syns egentlig det har vært litt vanskelig å sette av tid til det når det har vært så travelt som det har vært nå (2).*

Informantene forteller at nødvendig helsehjelp og akutte oppdrag som uttrykning på trygghetsalarm og slike ting går foran hverdagsmestringsoppgaver. Man prioriterer derfor ikke alltid slike ting som å gå en tur eller hente posten sammen med pasienten i en travel hverdag. Det stilles også spørsmålstejn i forhold til den økte ressursbruken hos hverdagsmestringspasientene kontra de som ikke har denne tjenesten slik som en av informantene forteller her:

*Man bruker jo mer tid på dem som egentlig kanskje hadde klart det selv, og så bruker man mindre tid på de som er kjempedårlige (4).*



Dette er et paradoks at man bruker mer tid på de pasienten som kunne klart seg selv og mindre tid på de som er sykest. Samme informant forteller videre:

*Er det der med intensiv trening der og da, for å komme seg på beina eller er det å ha litt eller bittelitt tjenester over tid som er lurt. Det er vanskelig, ja. Kanskje den samme hadde klart å holde seg her med å ha litt trygghet i bakhånd, istedenfor å ha masse ressurser. Så er man opp og går i tre uker og så er man her igjen (4).*

Hjemmetjenesten utfører så mange flere utvidede oppgaver enn man gjorde tidligere i hjemmetjenesten. Det gjøres mer avanserte oppgaver som dialyse, intravenøse hjemmebehandlinger og det fortelles om store krav til oppfølging som fører til mer administrative oppgaver enn tidligere. Samtidig meldes det også om mangel på helsepersonell. En av informantene forteller at man heller derfor burde ha fordelt de oppgavene man utfører mer effektivt, fordi mange av disse hverdagsmestringstiltakene som gjøres må man absolutt ikke være helsepersonell for å utføre. På denne måten blir helsepersonellet avlastet slik at de heller kan benyttes der de trengs mest.

## 5.0 Diskusjonskapittel

---

I dette kapitlet vil jeg diskutere funn fra datamaterialet som er presentert i forrige kapittel i lys av teori og tidligere forskning på fagfeltet. Jeg har delt dette kapitlet i to deler, etter mine to forskningsspørsmål. Jeg starter med det første forskningsspørsmålet.

### 5.1 «Hva er viktig for deg?» – reell brukermedvirkning eller ikke

Her vil jeg diskutere funn og teoretiske perspektiver som skal besvare forskningsspørsmål 1.

*Hvordan kan ansatte bidra med å forene pasienters brukermedvirkning med rett tjenestetilbud og omsorgsnivå?*

Datamaterialet viser at informantene hadde samme oppfatning av begrepet brukermedvirkning. Informantene uttrykte at de er opptatt av brukermedvirkning og fortalte at de var opptatt av at pasienten selv fikk være med på å avgjøre i størst mulig grad hvilke tjenester som skal gis, og at pasienten også skulle få lov til si noe om hva han selv ønsker. Samtidig var de også klare på at det ikke var pasienten som bestemte hvilke og hvordan tjenestene skulle gis, men at pasienten kunne være med å påvirke dette. Dette er helt i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets (1999), Lov om pasient- og brukerrettigheter. Ifølge denne loven skal tjenestetilbudet «så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

Funn i denne studien bekrefter at ansatte hadde stort fokus på at pasienten selv skulle definere sitt behov for tjenester og hva som var viktig for pasienten selv å mestre fremover, i den situasjonen pasienten var kommet i. Dette kan ifølge Sverdrup (2005) betraktes som en demokratisk brukermedvirkning og retter seg mot å gi den enkelte pasient medbestemmelse, og er derfor viktig for pasientens menneskeverd (Humerfelt, 2005). Sverdrup (2005) skiller derimot mellom instrumentell og demokratisk brukermedvirkning. Instrumentell brukermedvirkning tar sikte på å forbedre tjenesteapparatet og de samfunnsøkonomiske gevinster står i fokus. Datamaterialet i denne studien viser at man med bakgrunn i de samfunnsøkonomiske gevinstene hadde ekstra fokus på pasientens egne ressurser ved tildeling av tjenester, spesielt etter et funksjonsfall fordi man da har som mål at pasienten skal bli selvhjulpel igjen. En tilnærming der helsepersonell jobber med motivering og oppmuntring eller også «avklaring» av pasientens ønsker, kan derfor kunne ses i lys av dette (Askheim, 2012).

Dette kan derfor betraktes som en instrumentell form for brukermedvirkning og brukermedvirkning gjennom samproduksjon hvor pasientene benytter egne ressurser i tjenesteproduksjonen (Andersen, 2017). Dette er en tilnærming som har som utgangspunkt at brukermedvirkning kan bidra til å heve kvaliteten på omsorgs- og velferdstjenester. Tanken er at pasientene besitter erfaringer og kunnskap som tjenesteleverandører må ta hensyn til når tjenestene planlegges og utformes (Andersen, 2016).

Det framkommer i datamaterialet at hvis pasienter har helt konkrete funksjonsfall som beinbrudd og liknende, så klarte de ansatte å koble spørsmålet «Hva er viktig for deg?» opp mot mestringsorienterte tjenester som hverdagsrehabilitering eller hverdagsmestring. Allikevel forteller flertallet av informantene om frustrasjon og usikkerhet rundt spørsmålet «Hva er viktig for deg?». Funn viser at det ikke alltid er like hensiktsmessig å koble dette spørsmålet opp mot mestringsorienterte tjenester fordi det mange ganger handler om å ivareta pasienten og lindre symptomer. Dette fordi pasientene er så syke og ikke har energi til annet enn å komme seg gjennom dagen. Pasienter i denne kategorien blir ifølge Andersen (2019) passive mottagere av helsetjenesten hvor det da blir en paternalistisk tilnærming hvor de profesjonelle i stor grad bestemmer, og pasienten innehar liten innflytelse på tjenesten som gis. Det kan også være situasjoner hvor pasienten «velger» å være passiv enten ved at de er i en avmaktssituasjon eller at de ikke orker å gjøre «oppgavene», selv om de kunne klart det (Andersen, 2019).

Det framkommer frustrasjon blant de ansatte i forhold til bruken av dette spørsmålet og at de ansatte opplever at spørsmålet ikke alltid passer inn i hjemmetjenesten. Dette fordi mange av de oppgavene hjemmesykepleien skal utføre er så konkrete helseoppgaver som for eksempel intravenøs antibiotikabehandling og slike ting. Det er da utfordrende å koble dette opp mot mestringstiltak. Informantene fortalte at det kan oppleves som unaturlig for ansatte å spørre dette spørsmålet når de er ute på kartleggingsbesøk og at spørsmålet fort kan bli oppfattet som en bisetning man spør bare for å være hyggelig. Det å formidle et ønske er ifølge Hansen (2007) bare å anse som brukerdeltakelse, det innebærer ikke nødvendigvis noe innflytelse. Reel brukermedvirkning dreier seg om muligheten og retten til å påvirke hjelpe- eller behandlingstilbudet i de individuelle hjelperelasjonene (Andreassen, 2005, s. 21).

Funn viser at spørsmålet «Hva er viktig for deg?» oppfattes av de ansatte som stort og det er vanskelig å stille. Det fortelles at det er veldig forskjellig hvordan pasientene oppfatter spørsmålet og at de ikke helt vet hva de skal svare. Fromholt Olsen sier at for eldre mennesker

kan det være vanskelig å svare på det spørsmålet, særlig hvis det ikke blir stilt i en kontekst (Olsen et al., 2020). Ved å stille dette spørsmålet åpnes det opp for mye. Det kan være noe som er viktig for en, men som ikke har noe med helsetjenester å gjøre og at det da blir vanskelig å innfri. Det kan også komme ønsker som kommer i skvis med kriterier for tildeling av omsorgsnivå. For eksempel at det er kjempeviktig for pasienten å få plass på sykehjem, også er ikke den pasienten nødvendigvis under kriteriene for eller har behov i det hele tatt. I Norge har vi tradisjon for å praktisere det såkalte LEON-prinsippet: laveste effektive omsorgsnivå, som innebærer at pasienten skal motta tilpassede tjenester, men ikke på et høyere og mer ressurskrevende nivå enn det som er nødvendig og faglig forsvarlig (Førland, 2018). Informasjon om tjenester samt hvordan man skal få tilgang til disse er essensielt for pasientene da det kan være vanskelig å finne frem til alt selv. Hvis det er pasientenes første møte med hjemmetjenesten kan man anta at de ikke har kunnskap om rettigheter, plikter og fremgangsmåter. Helsepersonellet sitter med denne informasjonen, og de kan kontrollere hvilken informasjon som gis til hvem og når den gis. Ved å gi eller holde tilbake informasjon kan helsepersonellet påvirke hvem som søker på ulike tjenester (Lipsky, 2010).

Funn i denne studien viser også at pasienter har fått vedtak fra hjemmetjenesten hvor det har stått beskrevet fra tjenesteyter ting pasienten ikke selv kjenner seg igjen i. Dette kunne være seg mål for tjenesten eller «Hva som er viktig for pasienten?». Når pasienten ikke kjenner seg igjen i det som er beskrevet i vedtaket, kan det være fordi pasienten har misforstått spørsmålet. Det kan også være at de ansatte ikke var tydelige nok når de stilte spørsmålet, slik at pasienten svarte noe helt annet enn hva som var målet med spørsmålet. Dette antyder at pasienten enten ikke har forstått hva han har svart på eller at den ansatte ikke har klart å stille spørsmålet riktig. Det er en forutsetning for reell brukermedvirkning at det foregår gjensidig kommunikasjon mellom bruker og beslutningstaker (Storm & Edwards, 2013). Kvaliteten på beslutningene for hvordan tjenesten skal løses er avhengig av hvor godt informasjons- og vurderingsgrunnlaget er (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 279). Datamaterialet viser også at det ikke er spørsmålet, eller svaret på spørsmålet «Hva er viktig for deg?» som pasienten oppgir som er styrende for hvilke tjenester pasienten får og at det heller ikke alltid samsvarer med den tjenesten som gis. Man kan da stille spørsmål ved hvorfor de ansatte da skal stille dette spørsmålet? Man er ikke personsentrert eller utøver brukermedvirkning bare fordi man stiller spørsmålet «Hva er viktig for deg?». Spørsmålet handler om å gi pasienten en personlig stemme hvor deltagelsen skal sikre at tjenestene blir mer relevante og at pasienten får en aktiv rolle ved å være med på å bestemme tjenestens form og innhold (Ørstavik, 2002).

Det framkommer av datamaterialet at ansatte ikke helt forstår hva spørsmålet «Hva er viktig for deg?» innebærer når det stilles og at de egentlig ikke vet hva de spør om når de stiller dette spørsmålet. Informantene oppgir mangel på opplæring og veiledning på hvordan spørsmålet «Hva er viktig for deg?» skal stilles. Det krever kompetanse å stille det spørsmålet «riktig», forteller Fromholt Olsen (Olsen et al., 2020) og ifølge Eide og Eide (2004) handler god kommunikasjon om mengden informasjon blir tilpasset situasjonen man står i. Dersom dette ikke blir gjort, kan forståelsen av det som blir sagt bli redusert. I rapporten «Viden og anbefalinger» (Kjellberg et al., 2011) vektlegges det at grundig opplæring av ansatte i arbeidsteamene, både i tankesett (hverdagsmestring) og arbeidsmetode (hverdagsrehabilitering) er avgjørende faktorer for suksess. Det framkommer av min studie at kun enkelte av de ansatte i hjemmetjenesten har hatt MI kurs (motiverende samtaler) som er en samtalemetode hvor man lærer hvordan man kan stimulere en annen person til å endre sin adferd (Holm Ivarsson, Ortiz, Wirbing & Aspelund, 2015). Her lærer de seg intervjueteknikker, samt hvordan man henter fram motivasjon og mål hos pasienter ved å stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?». Kun fåtallet av mine informanter oppgir å ha hatt MI kurs.

At ansatte ikke har nok kompetanse på hvordan spørsmålet «Hva er viktig for deg?» skal stilles vil ifølge en av informantene føre til at de ansatte heller ikke legger særlig vekt på hva pasientene svarer. Bolman & Deal (2014) skriver at manglende kunnskaper og ferdigheter hos de ansatte kan gå utover organisasjonen på flere måter. Den kan da yte dårligere service og det kan bli høyere kostnader. Investering i mennesker som jobber i organisasjoner, såkalt human resource-orientert organisasjoner, er nødvendig (Bolman & Deal, 2014, s. 175). Ansatte som hverken har opplæring eller erfaring med hverdagsmestring og hvordan spørsmålet «Hva er viktig for deg?» skal stilles vil fortsette å gjøre som de tidligere har gjort. Når de ansatte ikke har nok kunnskap om hvordan man skal bruke spørsmålet «Hva er viktig for deg?» slik det er ment å gjøre vil kommunen heller ikke oppleve «profitt» i form av at pasienter blir selvstendige i den grad det er mulig. Bolman et al., (2014) understreker at uansett hvor god en ide eller reform er, så er det viktig å få med seg ansatte, både ved hjelp av opplæring og tilbakemeldinger, og samtidig involvere mennesker gjennom hele prosessen. Videre skriver de at hvis det gjøres endringer i arbeidsmønstre, faste rutiner eller framgangsmåter, vil eksisterende kunnskaper og ferdigheter ansatte har, undergraves og mange kan bli urolige og usikre om den jobben de nå gjør, gjøres riktig (Bolman & Deal, 2014, s. 423). De samme forfatterne skriver videre at faktorer som opplæring, psykologisk

støtte og deltakelse er viktige og vil øke sannsynligheten for at mennesker tar i bruk og finner seg til rette med nye metoder.

Mye utskiftning av personale, og manglende opplæring av de nyansatte er en utfordring. Det gjelder også det å sikre nok kapasitet på saksbehandling på grunn av oppsigelser og permisjoner. Det har medført at hjemmetjenesten har måttet lempe på kravene om hvem som utfører kartleggingsbesøkene hos pasientene, og disse kartleggingsbesøkene har da blitt utført av ansatte uten saksbehandlerkompetanse. Dette kan ha innvirkning på hvordan kartleggingen og tildeling av tjenester foregår. Man forenkler her saksbehandlingsprosessen grunnet stor arbeidsbelastning for saksbehandleren og det tildeles tjenester på bakgrunn av andres vurderinger og allerede iverksatte tjenester. Skjønnsutøvelse er avhengig av den enkeltes ansattes kompetanse og subjektive oppfatning. Dette kan medføre at informasjon vektet ulikt på grunn av ulik erfaring, ulike emosjoner, kjønn og verdier/holdninger (Hanssen & Humerfelt, 2015, s. 38-41). Kommunens tildelingspraksis kan her da fremstå som tilfeldig for de som skal benytte seg av tjenestene fordi kvaliteten på beslutningene for hvordan tjenesten skal løses er avhengig av hvor godt informasjons- og vurderingsgrunnlaget er (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 279). Helsepersonell er satt til å løse oppgaver ved hjelp av spesialisert kunnskap og ferdigheter. I tillegg til å forvalte kunnskap forvalter helsepersonellet også store samfunnsressurser (Molander & Terum, 2008). Retningsendringen som spørsmålet innebærer her kan føre til nye roller og ansvar, og noen helsearbeidere kan sette «strengere» eller «mildere» grenser enn andre for hvor ansvaret deres går med tanke på pasientens liv (Olsen et al., 2020). Helsepersonellet tar stilling til hva pasienter får av hvilke tjenester og dette kan være avhengig av de ansattes varierende personlige oppfatninger. De har definisjonsmakt, og de tar beslutninger med ofte store konsekvenser for menneskers ve og vel (Molander & Terum, 2008). Dette kan ha innvirkning på kvaliteten på kartleggingen, som igjen kan føre til at pasienter får tildelt tjenester på feil vurderingsgrunnlag.

### **Helsepersonellets påvirkningskraft**

Funn i denne studien viser at det å stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?» slik det lyder gjør det utfordrende fordi spørsmålet blir for stort og at spørsmålet derfor bør omformuleres. Flere av informantene forteller at de tolker svaret på «Hva som er viktig for deg?» uten å stille spørsmålet akkurat direkte til pasienten. Dette beskrives som at man må lese pasienten i en samtale eller luker det ut av linjene i forhold til hva som blir snakket om under

kartleggingssamtalen med pasienten. Datamaterialet her viser at spørsmålet «Hva er viktig for deg?» må spisses mot noe eller relateres til noe. Informantene opplever da å få «bedre» svar for å lettere kunne samsvare dette med mestringstiltak hvis spørsmålet omformuleres og spisses mot noe konkret. På den måten vil de lettere kunne klare å finne motivasjonen pasienten måtte ha for å kunne bli mest mulig selvstendig slik at pasienten ikke lenger vil være i behov av tjenester fra hjemmesykepleien. Samtidig uttrykker en av informantene at spørsmålet fort kan bli ledende hvis man omformulerer og spisser det inn. Dette fordi man da kanskje ikke kommer til bunns med hva som egentlig er viktig for pasienten, men hva som er viktig for kommunen. Ifølge Dyrstad et al. (2015) viser studier at brukermedvirkning primært foregår på helsepersonells premisser og at pasienter er lite involvert. Dette kan komme på akkord med brukermedvirkningens betydning fordi det er en form for press til å akseptere løsninger som de profesjonelle tjenesteyterne kommer med, underordning under en paternalistisk relasjon eller manipulering gjennom opplæring og veiledning (Dent & Pahor, 2015). Slik det fremstår her kan pasienten bli styrt eller påvirket til å svare noe som kommunen ønsker at svaret skal være og ikke egentlig hva pasienten selv kanskje hadde ønsket eller ville medvirke til. Dette blir ifølge Andersen (2019) ikke forstått som pasientens frie valg, men heller som en plikt som medborger gjennom samproduksjon. Pasienten blir her «disempowered».

Andersen (2019) beskriver hvordan forutsetningen om at den enkelte pasient ønsker å ta ansvar og benytte egne ressurser kan problematiseres. Han skiller mellom «innflytelse» pasienten har over tildeling og utføring av tjenestene og kartlegging av hjelpebehov som vil kunne omfatte forventninger for «deltakelse» ved at pasienten skal benytte egne ressurser og være aktiv i tjenesteproduksjonen. Da blir beslutningen ikke nødvendigvis i tråd med pasientens prioriteringer (March & Heath, 1994). Motstridende mål og begrensninger kan føre til at pasienten blir tilnærmet «Hva er viktig for deg?» - metodikken på en oppgavesentrert måte istedenfor en personsentrert måte hvor pasienten er i sentrum. Dette stemmer ifølge Olsen et al. (2020) overens med tidligere forskning som hevder at begrensninger på systemnivå kan forsterke en paternalistisk og oppgavesentrert omsorgstilnærming. Politisk kontekst og organisatoriske faktorer ser ut til å påvirke hvordan helsepersonell henvender seg til pasienter med «Hva er viktig for deg?»-spørsmålet. I helse- og velferdssektoren er det også en utfordring at pasientene ofte står i et avhengighetsforhold til tjenesteyterne. Det betyr at det ikke er en gjensidig maktbalanse mellom partene. En klassisk definisjon på makt er: «Makt forekommer når en aktør A får en aktør B til å gjøre noe hun eller han ellers ikke ville ha

gjort» (Dahl, 1957, s. 202-203). Pasienten kan derfor tilpasse seg de prioriteringene de tror at tjenesteyteren har, fordi pasienten vet at vedkommende er avhengig av bistand og derfor vil imøtekomme tjenesteyteren best mulig (Weber et al., 2000).

## 5.2 Rammer og ressurser

Her vil jeg diskutere funn og teoretiske perspektiver som skal besvare forskningsspørsmål 2.

*Hvordan utfordres de tradisjonelle oppgavene i kommunehelsetjenesten?*

### **Rammer og retningslinjer**

Det framkommer av datamaterialet at handlingsrommet ansatte i hjemmetjenesten tidligere hadde med tanke på hyppigheten av hvor ofte en tjeneste kan gis ikke lenger er avgjørende. Funn i denne studien viser at det nå er mer rom for individuell vurdering. Et eksempel er ved tildeling av dusj hvor kommunens standard tidligere har vært at pasienter bare kunne forvente å få dusj kun en gang per uke, så kan pasienter nå forvente å kunne få dette oftere. Dette vurderes nå ifølge informantene ut fra hva pasienten selv ønsker og har av behov. Her tillater jeg å anta at tjenesten for dusj har endret seg etter at man begynte å stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?» og at pasientene faktisk har reel brukerinnflytelse over hvordan denne tjenesten utformes (Ramsdal & Hansen, 2015, s. 197). Brukerinnflytelse skjer når tjenestemottakerne deltar i beslutningsprosessene og har innflytelse over tiltakene som iverksettes (Ramsdal & Hansen, 2015, s. 197). Det handler også om å gi reelle valgmuligheter til pasientene, slik at pasientene faktisk får innflytelse på hvordan tjenestene utformes (Olsen et al., 2020). Funn i denne studien viser også at yngre pasienter får oftere dusj enn eldre og at dette ofte er et diskusjonstema blant de ansatte i hjemmetjenesten. Dette kan bety at yngre pasienter prioriteres fremfor eldre, og kan være et brudd med prinsippet om likebehandling. Eldre og yngre pasienter har lik rett til tjenester etter lover og forskrifter, men ifølge Gautun, Grødem & Hermansen (2012) studie gis det likevel et inntrykk av at noen yngre likevel prioriteres høyere enn eldre. Samtidig så kan det også være et uttrykk for individuelt tilpassede tjenester og brukerinnflytelse, men da må det tas utgangspunkt i mer enn bare alder. Abbot (1988) beskriver hvordan profesjoner bruker formalisert kunnskap på enkeltstående tilfeller. Fordi generell kunnskap og handlingsregler sjeldent gir helt klare svar på hvordan



man skal utføre alle konkrete problemstillinger, må beslutningene også inneholde egen dømmekraft. Dette kan være med på å skape usikkerhet om hva som er de «riktige» beslutningene (Grimen, 2008). Funn i denne studien viser at det finnes rammer og retningslinjer for hva hjemmetjenesten kan tilby av tjenester, men hvis pasienten er avhengig av denne hjelpen for å bo hjemme lenger skal tjenesten allikevel innfris. Ansatte kan ha forskjellige syn og vurderinger på tjenester som skal gis eller ikke skal gis. En av informantene forteller at det er fint lite hjemmetjenesten ikke gjør hvis pasienten er i behov av det. Dette støttes også av en annen informant som forteller at det ikke finnes noen regler for hva hjemmetjenesten kan gjøre og at hjemmetjenesten bare må løse problemet pasienten eventuelt har. Hvis det er det som skal til for at pasienten skal kunne bo hjemme lenger, så kunne dette være en begrunnelse for å tilby tjenesten allikevel. Dette er oppgaver som er vanskelig å standardisere og helsepersonellet må da anvende et betydelig innslag av skjønn for å løse oppgaven (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 109-110). Dette er med på å skape usikkerhet om hvilke tjenester man kan tilby og ikke. Ulik forståelse åpner for skjønsmessige vurderinger, som igjen kan føre til ulik tildeling av tjenester (Gautun, 2018).

Datamaterialet viser også at pasienter i samhandling med helsepersonell kan forhandle seg fram til økte eller bedre tjenester. Bukve og Kvåle (2014) fremstiller samhandling som samarbeid i situasjoner der det ikke finnes en aktør som har fullstendig kontroll over utføring av en oppgave eller prosess. Samhandling krever en aktiv felles deltakelse mens en arbeider sammen. Oppgavene løses i fellesskap, hvor man diskuterer og forhandler seg frem til beslutninger sammen (Anderson, 2012). Flere av informantene forteller at hvis en pasient ønsker å dusje hver dag, og hjemmetjenesten ikke har ressurser til dette så vil man forsøke å møte pasienten på halvveien ved at pasienten da for eksempel får dusj tre ganger i uka istedenfor en gang som er standarden til kommunen. Pasienten er her i posisjon til å kunne forhandle seg til «bedre» tjenester. En forutsetning for at en forhandling skal kunne finne sted mellom parter med ulike interesser, er at interessene ikke er fullstendig motstridende, og at partene har noen felles interesser som knytter dem sammen i et ønske om å komme frem til enighet (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 333). Et annet eksempel er også hvis en pasient ønsker å dusje to ganger i uka istedenfor å vaske seg resten av uka, så forteller en annen informant at dette også innvilges da dette er ressursparende for hjemmetjenesten. Dette fordi de da ikke trenger å bistå med personlig hygiene de resterende dagene i uka. Da sparer hjemmetjenesten tid, men hvis dette hadde vært en tidkrevende dusj ville ikke pasienten få det samme tilbudet. Helsepersonellet tar stilling til hva pasienter får av hvilke tjenester, men dette

kan være avhengig av helsepersonellens varierende personlige oppfatninger og uten klare rammer blir tjenestetilbudet pasientene får forskjellig (Molander & Terum, 2008).

I undersøkt kommune jobber mange av saksbehandlerne også som sykepleiere med pasientkontakt på lik linje med resten av medarbeiderne i hjemmetjenesten. Dette skiller seg fra andre forvaltningsmodeller ved at de som tildeler tjenester, ikke møter pasientene av tjenesten ansikt til ansikt gjentatte ganger. De innehar da en dobbeltrolle og kan la seg påvirke i beslutningsprosessen når tjenester tildeles. Sykepleierne kan da handle i tråd med forventningene til sykepleierrollen i større grad enn forvaltningsrollen (Fletre & Frydenlund, 2016). Fordi sykepleiere tradisjonelt sett har hatt stort fokus på omsorg, og ikke så mye på «rett» tjenestetilbud kan noe som vekker en medlidenhet hos helsepersonellet være utløsende for tjenestene de gir. Eksempel på dette er når tjenesten som gis styres av følelsene til den ansatte. En av informantene fortalte at man kunne komme opp i situasjoner der man synes synd på pasienten og at dette kunne bli bærende for hvilke tjenester pasienten fikk. Dette selv om man på «papiret» ikke innfridde kriteriene.

Når pasienter får hjemmetjenester forteller flere av informantene at det er en forventning om at hvis hjemmetjenesten først skal inn i bildet skal de få hjelp til mye. Denne overgangen fra arbeidsmåten der helsearbeidere har vært vant til å gjøre tiltak for pasienten, til en tilnærming hvor skal man iverksette tiltak basert på pasienters egne mål bryter med sterke tradisjoner i helsevesenet, spesielt i hjemmetjenesten der et kompensierende tankesett ofte omtales som en pleiekultur, eller i denne settingen en «hjelpfelle» (Hartviksen & Sjølie, 2017, s. 22). Pasientene blir ifølge informantene «tatt på senga» når spørsmålet «Hva er viktig for deg?» stilles og at det forventes at de skal trene og øve på å klare ting selv. Den tradisjonelle forståelsen av brukermedvirkning har dreid seg om at pasientene skal ha innflytelse over eget tjenestetilbud, men i samproduksjonsperspektivet - brukermedvirkning gjennom samproduksjon retter dette seg mot at pasientene skal ta et større ansvar for egen velferd og liv og benytte egne ressurser i tjenesteproduksjonen (Askheim, 2017). Ifølge informantene ønsker mange av pasientene heller tradisjonell hjelp. Pasientene var ikke motivert eller forberedt på at det er forventet at de skal delta mer aktivt selv når de skal motta hjemmetjenester. Funnene her viser at det ofte er behov for en forventningsavklaring når de er ute på kartleggingsbesøk. Dette samsvarer også med andre studier det at det ofte er nødvendig med en forventningsavklaring mellom pasienter, pårørende og tjenesteapparat i kartleggingssamtalene (Andersen, 2019). Ofte kan pasienter og pårørende ha snakket med eller ha kjennskap til andre som har hatt eller får hjemmetjenester og da ha en forventning om å

få det samme. Pasientenes ønsker og behov kan være sammenfallende, men de kan også være spenningsfylte (Newman & Vidler, 2006). De kan ikke velge fritt og ansatte må informere dem om hva som er mulig. De må ofte lirke, motivere og forhandle fram enighet (Johannessen & Steihaug, 2019, s. 9). Informantene forteller videre at noen kan la seg motivere mens andre er helt uinteresserte. Sentralt i forventningsteorien står begrepet «valens» som betyr at man ikke kan forvente at mennesker vil yte noe ekstra for å få noe de ikke er interessert i (Jacobsen, 2013, s. 251). En av informantene forteller om pasienter som ikke tar ansvar for eget liv og viser til et eksempel hvor pasienten sultestreiket slik at hjemmetjenesten måtte tilby «tradisjonell» hjelp. Altså kompenserende hjelp ved at hjemmetjenesten heller må smøre mat for pasienten, istedenfor at pasienten selv trener på dette. Mols (2008) omsorgslogikk kan her bidra til å belyse hvordan det å ta egne valg kan stå i veien for «gode tjenester». Når informanten forteller om en pasient som heller sultestreiker for å få hjemmetjenesten til å smøre mat til seg, enn å bidra med egne ressurser og trene seg opp til dette selv, gir det lite mening ut fra et omsorgsperspektiv å gi pasienten valget mellom å smøre mat selv eller ikke. Når helsepersonellet forsøker å finne noe som motiverer pasienten til å smøre mat selv, knyttes dette til et ideal om «god tjeneste», fremfor et ideal om brukermedvirkning.

Selv om brukermedvirkning er en viktig verdi innen helse- og omsorgstjenestene, er det fortsatt den profesjonelle yrkesutøveren som bærer ansvaret for at den beslutning som fattes, er faglig forsvarlig (Hanssen & Humerfelt, 2010). Brukermedvirkning betyr ikke at behandleren fratras sitt faglige ansvar. Helsepersonellet har et ansvar for å motivere til helserelatert adferd, og ikke legge bort fagkunnskapen eller la pasienten stå alene med ansvaret for vanskelige valg. Pasientens evne til medvirkning vil derfor være avhengig av helsepersonellens evne til å gi oversikt over valgmuligheter og konsekvenser av de ulike valgene (Bredland et al., 2011). Helsepersonell har også i flere studier understreket at motivasjon er nødvendig for at de skal involvere pasienter mer i helsetjenestene (Légaré, Ratté, Gravel & Graham, 2008). Mangel på motivasjon vil derfor være en barriere mot demokratisk brukermedvirkning, som er den enkelte pasients medbestemmelse (Sverdrup, 2005).

## Ressurser

Det framkommer i datamaterialet at det er stor pågang av nye pasienter. Pasienter kommer hjem på kort varsel fra sykehus og da gjerne på kveldstid. Da er bemanningen lavere. Det er vanskelig å få tak i nok og riktig kompetanse på vakt som kan gå på akkord med forsvarlighet. Det er fra før vanskelig å rekruttere helsepersonell, spesielt sykepleiere til kommunesektor av ulike årsaker. Dette vises i rapporten «Underbemanning er selvforsterkende» (Gautun, Øien & Bratt, 2016) ved at så mange som 82 prosent mener at arbeidsbelastningen og 77 prosent mener at tidspresset er for stort. Hjemmesykepleierne var de som i størst grad gav uttrykk for et økt press på tjenesten de jobbet i, og for å ha mest begrensede ressurser for å klare de økte og nye oppgavene. Dette støttes også av funn i denne studien. Det fortelles at det ikke alltid er rom for oppgaver som ikke er planlagte. En av informantene forteller om toalettbesøk som ikke er forutsett og planlagt som et eksempel på oppgaver som kan gå utover noe annet eller andre. Dette spiser av tiden til andre pasienter eller andre oppgaver som skal gjøres. Dette genererer mer travelhet og stress fordi ansatte forter seg. Det fortelles også om at dette går ut over samhandlingen med pasientene når ansatte har det travelt fordi det da ikke er så lett for pasientene å fortelle noe eller ytre et ønske eller si noe om en opplevelse når noen bare er innom i fem knappe minutter. Dersom man opplever at personalet har dårlig tid, er det vanskelig å stille krav og be om hjelp (Kvæl & Bergland, 2021). Samtidig uttrykkes det også bekymring for at ansatte blir overbelastet og advarer om at man bør være forsiktig med de ansatte man har så de ikke blir sykmeldte. Mangel på (kompetent) personell kan ha betydning for tidspress og opplevelse av kontroll som ansatte opplever når de er på jobb (Gautun et al., 2016).

Det er gjennomført flere undersøkelser som viser at sykepleiere i kommunehelsetjenesten opplever stor arbeidsbelastning og at de prioriterer vekk oppgaver de ikke rekker innenfor arbeidstid (Gautun og Bratt, 2016; Ingstad, 2010). Funn i denne studien viser at det er utfordrende med tidspress når en skal la pasienten gjøre ting selv. Det å ta seg tid til at pasienten skal utføre oppgaven selv var vanskelig å prioritere i en hektisk hverdag. Det går raskere å heller gjøre det for pasienten der og da og det var vanskelig for ansatte å prioritere dette fordi de ikke ser gevinsten av selvhjulpne pasienter her og nå. Videre fortelles det om diskusjoner vedrørende ressursbruk og prioritering av oppgaver. Det fortelles om diskusjoner mellom ansatte hvor kontrastene av oppgaver er tema. Det at pasienter kan bli liggende å vente på intravenøs behandling på grunn av travelhet fordi man bruker lenger tid hos pasienter hvor man har hverdagsmestringstiltak. Informantene forteller at nødvendig helsehjelp og

akutte oppdrag som utrykning på trygghetsalarm og slike ting går foran hverdagsmestringsoppgaver. Man prioriterer derfor ikke alltid slike ting som å gå en tur eller hente posten sammen med pasienten i en travel hverdag. Prioritering handler om å gi noe forrang framfor noe annet. Man velger inn noe og velger bort noe annet. Behovet for prioritering oppstår ved mangel på ressurser og innebærer at noen pasienter får en ikke-optimal behandling eller tjeneste (Ubel & Goold, 1998).

Det stilles også spørsmålstejn i forhold til den økte ressursbruken hos hverdagsmestringspasientene kontra de som ikke har denne tjenesten. En av informantene forteller at det brukes mer tid på de pasientene som kanskje kunne klart oppgaven selv og så bruker de mindre tid på de som er kjempedårlige. Det er et paradoks at man bruker mer tid på de pasientene som kunne klart seg selv og mindre tid på de som er sykest. Samme informant stiller seg også undrende til om den intensive ressursbruken på trening i en kort periode kontra litt tjenester fra hjemmetjenesten over lang tid er den mest effektfulle arbeidsmetoden. At man heller kan motvirke dette ved at pasienten får litt tjenester over lang tid slik at pasienten ikke faller og kommer inn i tjenestebildet på nytt og på nytt. Det kan derfor stilles spørsmålet om den nevnte utviklingen fører til at pasientgrupper med lite potensial for «investeringsavkastning» i form av økt mestring og selvhjelpenhet, blir eller står i fare for å bli, nedprioritert i kommunene (Førland, 2018).

Det framkommer i datamaterialet at det tilbys mer tjenester i hjemmet nå en tidligere og av den grunn brukes det også mer ressurser. Det å gå tur med pasientene er blant annet tjenester man ifølge informanten ikke hadde før. Etterspørselen etter offentlige tjenester påvirkes av innbyggernes forventninger til hvilke tjenester som skal tilbys i hvilket omfang (Lian, 2018). Ifølge Lipskys teori vil økte ressurser føre til økt etterspørsel, og dermed vil arbeidspresset opprettholdes på tross av økte ressurser (Lipsky, 2010). Hjemmetjenesten utfører også mange andre flere utvidede oppgaver enn man gjorde tidligere i hjemmetjenesten. Det gjøres mer avanserte oppgaver som dialyse, intravenøse hjemmebehandlinger, palliativ pleie og det fortelles om store krav til oppfølging som fører til mer administrative oppgaver enn tidligere. Samhandlingsreformen som ble innført i 2012, overførte oppgaver og ansvar fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten (Helse- Og Omsorgsdepartementet, 2008-2009, s. 13-16). Samtidig som kommunen har fått overført oppgaver og ansvar, er det en opplevelse av at det ikke har fulgt med tilstrekkelige ressurser til å løse disse oppgavene. Ansatte i hjemmetjenesten står derfor i spennet mellom å gi flere tjenester til flere pasienter innenfor det som oppleves å være utilstrekkelige ressurser (Gautun & Grødem, 2015).

Pasientene som bor hjemme nå er sykere enn før og krever mer ressurser fra hjemmetjenesten. Samtidig meldes det også om mangel på helsepersonell. En av informantene forteller at man heller derfor burde ha fordelt de oppgavene man utfører mer effektivt, fordi mange av disse hverdagsmestringstiltakene som gjøres må man absolutt ikke være helsepersonell for å utføre. På denne måten blir helsepersonellet avlastet slik at de heller kan benyttes der de trengs mest.

## 6.0 Avslutning

---

Hensikten med denne studien var økt kunnskap om helsepersonellens erfaringer med hvordan spørsmålet «Hva er viktig for deg?» påvirker utforming og tildeling av helse- og omsorgstjenester. Funn i denne studien avdekker at det å stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?» handler om mer enn bare å stille spørsmålet. Det handler om hvordan spørsmålet stilles og i hvilken kontekst. Det framkommer av datamaterialet at helsepersonell trenger mer kompetanse på hvordan dette spørsmålet skal stilles. Ansatte forteller at det ikke alltid er hensiktsmessig å stille spørsmålet hva er viktig for deg, fordi de ikke alltid klarer å koble dette opp mot mestringsorienterte tjenester. Flere av informantene forteller at de tolker svaret på «Hva som er viktig for deg?» uten å stille spørsmålet akkurat direkte til pasienten. Dette kan derimot problematiseres fordi spørsmålet da fort kan bli ledende hvis man omformulerer og spisser det inn. Dette fordi man da kanskje ikke kommer til bunns i hva som egentlig er viktig for pasienten, men derimot heller vektlegger hva som er viktig for kommunen. Dette kan da komme på akkord med brukermedvirkningens betydning fordi det er en form for press til å akseptere løsninger som de profesjonelle tjenesteyterne kommer med. Beslutningen blir da ikke nødvendigvis i tråd med pasientens prioriteringer og ønsker.

Det framkommer også at når pasienter får hjemmetjenester ligger det en forventning til grunn om at hvis hjemmetjenesten først skal inn i bildet skal de få hjelp til mye. Pasientene blir ifølge informantene «tatt på senga» når spørsmålet «Hva er viktig for deg?» stilles, og at det forventes at de skal trene og øve på å klare ting selv. Det framkommer av studien at mange av pasientene heller ønsker tradisjonell hjelp. De var ikke motivert eller forberedt på at det er forventet at de skal delta mer aktivt selv når de skal motta hjemmetjenester. Funnene her viser at det ofte er behov for en forventningsavklaring når de ansatte er ute på kartleggingsbesøk. Dette samsvarer også med andre studier, det at det ofte er nødvendig med en forventningsavklaring mellom pasienter, pårørende og tjenesteapparat i kartleggingssamtalene.

Mye utskiftning av personale, og manglende opplæring av de nyansatte er en utfordring. Det har medført at hjemmetjenesten har måttet lempe på kravene om hvem som utfører kartleggingsbesøkene hos pasientene, og disse kartleggingsbesøkene har da blitt utført av ansatte uten saksbehandlerkompetanse. Det fremkommer også at ansatte kunne komme opp i situasjoner der man syns synd på pasienten og at dette kunne virke inn på hvilke tjenester pasienten fikk. Dette selv om man på «papiret» ikke innfridde kriteriene. Kommunens

tildelingspraksis kan her da fremstå som tilfeldig for de som skal benytte seg av tjenestene. Dette fordi kvaliteten på beslutningene for hvordan tjenesten skal løses er avhengig av hvor godt informasjons- og vurderingsgrunnlaget er, og kan føre til at pasienter får tildelt tjenester på feil vurderingsgrunnlag. Når de ansatte ikke har nok kunnskap om hvordan man skal bruke spørsmålet «Hva er viktig for deg?» slik det er ment å gjøre, vil kommunen heller ikke oppleve «gevinst» i form av at pasienter blir selvstendige og hvor kommunen innhenter avkastning i form av at pasienten holdes ute fra tjenestebilde.

Datamaterialet viser at de ansatte er opptatt av brukermedvirkning og individuelt tilpassede tjenester. Datamaterialet viser også at pasienter i samhandling med helsepersonell kan forhandle seg fram til økte eller bedre tjenester. Dette tyder på at pasienters lovpålagte rettighet om konkret brukermedvirkning og likeverdig samhandling, som er idealet, ivaretas. Hvordan tjenestene skal utformes og tildeles løses da her i fellesskap mellom pasient og tjenesteutøver, hvor man diskuterer og forhandler seg frem til beslutninger sammen. I denne studien fremstår dusj som en fleksibel tjeneste hvor helsepersonell strekker seg langt for å etterkomme pasientens ønsker om hyppighet på tjenesten. Jeg har ikke klart å finne dette når det gjelder tildeling av andre tjenester og tillater meg derfor å stille spørsmålsteget ved årsaken til det. Det kan derfor antas at når det gjelder tildeling av dusj så har tjenesten endret seg fordi man har begynt å stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?» og at pasienten faktisk har reel brukerinnflytelse over hvordan denne tjenesten utformes. På en annen side kan det også være uttrykk for de ansattes dobbeltrolle og personlige oppfatninger ved tildeling av tjenester. Funn i denne studien viser også at yngre pasienter får oftere dusj enn eldre. Dette kan bety at yngre pasienter prioriteres fremfor eldre, og kan være et brudd med prinsippet om likebehandling.

Det framkommer av datamaterialet at det finnes rammer og retningslinjer for hva hjemmetjenesten kan tilby av tjenester, men hvis pasienten er avhengig av denne hjelpen for å bo hjemme lenger skal tjenesten allikevel innfris. Dette er med på å skape usikkerhet om hvilke tjenester man kan tilby og ikke. Ulik forståelse åpner for skjønnsmessige vurderinger og uten klare rammer blir tjenestetilbudet pasientene får forskjellig. Det er både riktig og nødvendig at individuelt tilpassede tjenester blir forskjellig fra pasient til pasient, men ikke fordi ansatte har ulik praksis på grunn av ulik kunnskap og forståelse.

Informantene stiller også spørsmålsteget i forhold til den økte ressursbruken hos hverdagsmestringspasientene kontra de som ikke har denne tjenesten. Det framkommer at det



brukes mer tid på de pasientene som kanskje kunne klart oppgaven selv, og så bruker de ansatte mindre tid på de som er kjempedårlige. Det er et paradoks at man bruker mer tid på de pasienten som kunne klart seg selv og mindre tid på de som er sykest. Funn i denne studien viser at det er utfordrende med tidspress når en skal la pasienten utføre oppgaven selv. Det å ta seg tid til at pasienten skal gjøre selv var vanskelig å prioritere i en hektisk hverdag. Det går raskere å heller gjøre det for pasienten der og da og det var vanskelig for ansatte å prioritere dette fordi de ikke ser gevinsten av selvhjulpne pasienter her og nå. Man prioriterer derfor ikke alltid slike ting som å gå en tur eller hente posten sammen med pasienten i en travel hverdag. Hjemmetjenesten utfører også mange andre flere utvidede oppgaver enn man gjorde tidligere. Det gjøres mer avanserte oppgaver som dialyse, intravenøse hjemmebehandlinger, palliativ pleie og informantene forteller om store krav til oppfølging som fører til mer administrative oppgaver enn tidligere. Samtidig som kommunen har fått overført oppgaver og ansvar, opplever informantene at det ikke har fulgt med tilstrekkelige ressurser til å løse disse oppgavene. Ansatte i hjemmetjenesten står derfor i spennet mellom å gi flere tjenester til flere pasienter innenfor det som oppleves å være utilstrekkelige ressurser. Så spørsmålet er om dette paradigmeskiftet egentlig oppfattes av de ansatte som det. Funn i denne studien her viser at vi jobber som før. Mangel på ressursene gjør at dette (tvilsomt) ikke er et skifte i det hele tatt.

### **Implikasjoner for praksis**

Studiens hensikt har vært å øke kunnskapen om hvordan spørsmålet «Hva er viktig for deg?» påvirker utforming og tildeling av helse- og omsorgstjenester, men jeg har også hatt et ønske om å gi et bidrag til utformings- og tildelingspraksisen i egen kommune. Sentralt for å lykkes i dette arbeidet med å forene pasientens brukermedvirkning ved å benytte spørsmålet «Hva er viktig for deg?» ved tildeling av tjenester er at ansatte har kompetanse på å stille det spørsmålet «riktig». Funn i denne studien avdekker at det å stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?» handler om mer enn bare å stille spørsmålet. Det handler om hvordan spørsmålet stilles og i hvilken kontekst. Det framkommer av datamaterialet at helsepersonell trenger mer kompetanse på hvordan dette spørsmålet skal stilles. Opplæring, veiledning og kontinuitet er derfor viktig og vil øke sannsynligheten for at ansatte tar i bruk og finner seg til rette med nye arbeidsmetoder. Forhåpentligvis kan de forhold som har kommet fram i denne studien tas med

ved evalueringsarbeid og ved utvikling av nye rutiner i kommunen i arbeidet med å forene brukermedvirkning med rett tjenestetilbud og omsorgsnivå.

## Litteraturliste

---

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Allen, J., Hutchinson, A. M., Brown, R. & Livingston, P. M. (2018). User experience and care for older people transitioning from hospital to home: Patients' and carers' perspectives. *Health Expect*, 21(2), 518-527. doi: 10.1111/hex.12646
- Almborg, A. H., Ulander, K., Thulin, A. & Berg, S. (2009). Patients' perceptions of their participation in discharge planning after acute stroke. *J Clin Nurs*, 18(2), 199-209. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02321.x
- Andersen, J. (2019). Brukermedvirkning som innflytelse og deltakelse – en studie av omsorgslederes vurderinger. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(2), 1-14. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2019-02-05 ER
- Anderson, H. (2012). Collaborative Relationships and Dialogic Conversations: Ideas for a Relationally Responsive Practice. *Fam Process*, 51(1), 8-24. doi: 10.1111/j.1545-5300.2012.01385.x
- Andersen, J. (2016). User councils for disabled people in Norway – from reactive to proactive? *Scandinavian Journal of Disability Research*, 18(4), 284–294. <http://doi.org/10.1080/15017419.2015.1064028>
- Andreassen, T. A. (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten: Arbeid med brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Anthony, P., & Crawford, P. (2000). Service user involvement in care planning: The mental health nurse's perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(5), 425-434. DOI: <http://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2000.00332.x>
- Arnstein, S. R. (1969). A Ladder Of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216-224. doi: 10.1080/01944366908977225
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: Floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal akademisk.

- Askheim, O. P. (2016). Samproduksjon som velferdssektorens kinderegg. *Tidsskrift for omsorgsforskning*(01), 24-36.
- Askheim, O. P. (2017). Brukermedvirkningsdiskurser i den norske velferdspolitikken. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 20(2), 134-149. doi: 10.18261/issn.2464-3076-2017-02-03
- Berntsen, G. K. R., Gammon, D., Steinsbekk, A., Salamonsen, A., Foss, N., Ruland, C. & Fønnebø, V. (2015). How do we deal with multiple goals for care within an individual patient trajectory? A document content analysis of health service research papers on goals for care. *BMJ Open*, 5(12), e009403-e009403. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009403
- Bolman, L. G., Thorbjørnsen, K. M. & Deal, T. E. (2014). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse: Struktur, sosiale relasjoner, politikk og symboler* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Bredland, E. L., Vik, K. & Linge, O. A. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse: Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brottveit, G. (2018). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder: Om å arbeide forskningsrelatert*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bukve, O. & Kvåle, G. (2014). *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dahl, R. A. (1957). The concept of power. *Behavioral Science*, 201–215.
- Dale, B., Folkestad, B., Førland, O., Hellestrøm, R., Moe, A. & Sogstad, M. (2015). Er tjenestene fortsatt «på strekk»? - Om utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenestene i kommunene fra 2003 til 2015. *Senter for omsorgsforskning*.

- Dent, M. & Pahor, M. (2015). Patient involvement in Europe – a comparative framework. *Journal of Health Organization and Management*, 29(5), 546-555. doi: 10.1108/JHOM-05-2015-0078
- Dyrstad, D. N., Dyrstad, D. N., Testad, I., Testad, I., Aase, K., Aase, K., Storm, M. (2015). A review of the literature on patient participation in transitions of the elderly. *Cognition, technology & work*, 17(1), 15-34. doi: 10.1007/s10111-014-0300-4
- Eide, T. & Eide, H. (2004). Kommunikasjon i praksis: Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ekdahl, A. W., Andersson, L. & Friedrichsen, M. (2009). “They do what they think is the best for me.” Frail elderly patients’ preferences for participation in their care during hospitalization. *Patient Educ Couns*, 80(2), 233-240. doi: 10.1016/j.pec.2009.10.026
- Ericson - Lidman, E., Norberg, A., Persson, B. & Strandberg, G. (2013). Healthcare personnel’s experiences of situations in municipal elderly care that generate troubled conscience. *Scand J Caring Sci*, 27(2), 215-223. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01017.x
- Fletre, A. M. & Frydenlund, L. (2016). *10-faktor: Håndbok for planlegging, gjennomføring og oppfølging av KS' medarbeiderundersøkelse*. Oslo: Kommuneforl.
- Folkehelseinstituttet. Hentet 01.02.2020 fra <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/hva-er-viktig-for-deg-en-retningsendring/>
- Fonn, M. (2015). Fri oss fra aktivitets-hysteriet. doi: <https://sykepleien.no/2015/12/fri-oss-fra-aktivitetshysteriet>
- Førland, O. (2018). Uunnværlig prioritering. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 4(2), 95–98. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-02-01>
- Gautun, H. (2018). Prioriteringer i pleie- og omsorgssektoren. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(2), 107–110. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-02-04>

- Gautun, H. & Grødem, A. S. (2015). Prioritising care services: Do the oldest users lose out? Prioritising care services. *International journal of social welfare*, 24(1), 73-80. doi: 10.1111/ijsw.12116
- Gautun, H., Grødem, A. S. & Hermansen, Å. (2012). *Hvordan fordele omsorg? Utdfordringer med å prioritere mellom eldre og yngre brukere*. FAFO-rapport, 2012, 62. Forskningsstiftelsen Fafo, Oslo.
- Gautun, H., Øien, H. & Bratt, C. (2016). Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem: Oslo Metropolitan University - OsloMet: NOVA.
- Gjevjon, E. R. (2015). Kontinuitet i hjemmesykepleien. Vanskelige vilkår, men gode muligheter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(1), 18-26.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og tillit. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 197-215). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hansen, G. V. (2007). *Samarbeid uten fellesskap: Om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid* (Vol. 2007:15): Karlstads universitet.
- Hansen, G. V. (2019). Organisering av individuell brukervedvirkning
- IC. Bjørkquist & M. Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse og velferdstjeneste*. Cappelen Damm Akademiske.
- Hanssen, H. & Humerfelt, K. (2010). *Faglig skjønn og brukervedvirkning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hanssen, H. & Humerfelt, K. (2015). *Faglig skjønn og brukervedvirkning i helse- og velferdstjenestene* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Hartviksen, T. A. & Sjølie, B. M. (2017). *Hverdagsrehabilitering: Kvalitetsforbedring i norske kommuner*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Haukelien, H., Møller, G. & Vike, H. (2011). Brukervedvirkning i helse- og omsorgssektoren: Telemarksforskning.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. (Meld. St. nr 47). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec1>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Flere år - flere muligheter*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/c8a8b14aadf14f179a9b70bc62ba2b37/strategi\\_eldrepolitikk\\_110316.pdf#:~:text=Vi%20m%C3%A5%20skape%20et%20aldersve%20nnlig%20samfunn.%20%C2%ABFlere%20%C3%A5r,vil%20og%20kan,%20st%C3%A5r%20lenger%20i%20arbeids-%20livet](https://www.regjeringen.no/contentassets/c8a8b14aadf14f179a9b70bc62ba2b37/strategi_eldrepolitikk_110316.pdf#:~:text=Vi%20m%C3%A5%20skape%20et%20aldersve%20nnlig%20samfunn.%20%C2%ABFlere%20%C3%A5r,vil%20og%20kan,%20st%C3%A5r%20lenger%20i%20arbeids-%20livet).
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017-2018). *Leve hele livet*. (Meld. St. nr 15). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>.
- Holm Ivarsson, B., Ortiz, L., Wirbing, P. & Aspelund, E. (2015). *MI - motiverende samtaler : en praktisk håndbok for sosialt arbeid : med eksempler fra NAV, rusfeltet, kriminalomsorgen og arbeid med ungdom*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Humerfelt, K. (2005). Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv- honnørord med lavt presisjonsnivå. I I. E. Willumsen (Red.), *Brukernes medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene* (s. 15-31). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ingstad, Karl. Arbeidsforhold ved norske sykehjem – idealer og realiteter. *Nordic Journal of nursing research*, 2010 Vol.30(2).
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Jensen, A. G. & Tronvoll, I. M. (red.) (2012). *Brukermedvirkning. Likeverd og anerkjennelse*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Johannessen, A.-K. M. (2019). Brukermedvirkning i helsetjeneste for eldre. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(02), 1-14. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2019-02-04
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Johannessen, A. K. M. & Steihaug, S. (2019). Brukermedvirkning i helsetjeneste for eldre. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(2), 1-14. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2019-02-04  
ER
- Johannessen, L., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jokstad, K., Hauge, S., Landmark, B. T. & Skovdahl, K. (2020). Control as a Core Component of User Involvement in Reablement: A Qualitative Study. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 13, 1079-1088. doi: 10.2147/JMDH.S269200
- Juritzen, T., Engebretsen, E. & Heggen, K. (2012). Myndiggjøringens forførende kraft. I E. Engebretsen & K. Heggen (Red.), *Makt på nye måter* (s.122-137). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kjellberg, P. K., Ibsen, R. & Kjellberg, J. (2011). *Fra pleje og omsorg: Viden og anbefalinger*.
- Kommunedelplan Helse og omsorg. (2017-2028). *Sammen om mestring og trygghet*.  
Undersøkt kommune: Hentet fra  
[https://www.████████.com/globalassets/bilder/politikk-og-planer/kommunedelplan-helse-og-omsorg-2017-2028\\_hele-planen\\_ny.pdf](https://www.████████.com/globalassets/bilder/politikk-og-planer/kommunedelplan-helse-og-omsorg-2017-2028_hele-planen_ny.pdf).
- Krogstrup, H. K. (1999). *Brugerinddragelse og Organisatorisk Læring i Den Sociale Sektor*. Århus: Forlaget Systime
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvæl, L. A. H. & Bergland, A. (2021). The practice environment's influence on patient participation in intermediate healthcare services - the perspectives of patients, relatives



- and healthcare professionals. *BMC Health Serv Res*, 21(1), 180-180. doi: 10.1186/s12913-021-06175-z
- Légaré, F., Ratté, S., Gravel, K. & Graham, I. D. (2008). Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: Update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Educ Couns*, 73(3), 526-535. doi: 10.1016/j.pec.2008.07.018
- Lipsky, M. (2010). *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Service*. New York: Russel sage foundation.
- March, J. G. & Heath, C. (1994). *A primer on decision making: How decisions happen*. New York: Free Press.
- Molander, A. & Smeby, J.-C. (2013). *Profesjonsstudier 2*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Molander, A. & Terum, L. I. (2008). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mol, A.M. (2008). *The Logic of Care. Health and the problem of patient choice*. New York: Routledge.
- NESH. (2020). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. *Retningslinjer - NESH*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>
- Ness, N. E., Laberg, T., Haneborg, M., Granbo, R., Færvaag, L. & Butli, H. (2012). *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering: Prosjektgruppe "Hverdagsrehabilitering i Norge"*. Oslo: Norsk ergoterapeutforbund, Norsk sykepleierforbund, Norsk fysioterapeutforbund.
- Newman, J. & Vidler, E. (2006). Discriminating Customers, Responsible Patients, Empowered Users: Consumerism and the Modernisation of Health Care. *J. Soc. Pol.*, 35(2), 193-209. doi: 10.1017/S0047279405009487

- Oksavik, J. D., Kirchhoff, R., Sogstad, M. K. R. & Solbjør, M. (2020). Sharing responsibility: municipal health professionals' approaches to goal setting with older patients with multi-morbidity - a grounded theory study. *BMC Health Serv Res*, 20(1), 141-141. doi: 10.1186/s12913-020-4983-3
- Olsen, C. F., Debesay, J., Bergland, A., Bye, A. & Langaas, A. G. (2020). What matters when asking, "What matters to you?" - Perceptions and experiences of health care providers on involving older people in transitional care. *BMC Health Serv Res*, 20(1), 317-317. doi: 10.1186/s12913-020-05150-4
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Ramsdal, H. & Hansen, G. V. (2015). Brukermedvirkning og samarbeid - vanskelige mål å kombinere? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(3), 196-205.
- Rydeman, I., Törnkvist, L., Agreus, L. & Dahlberg, K. (2012). Being in-between and lost in the discharge process-An excursus of two empirical studies of older persons', their relatives', and care professionals' experience. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 7(1), 1-9. doi: 10.3402/qhw.v7i0.19678
- Sagatun, S. & Zahl, M.-A. (2003). Det vanskelige samarbeidet (s. 241-258). Bergen: Fagbokforlaget., cop. 2003.
- San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D. & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration. A review of theoretical and empirical studies. *Journal of interprofessional care*, 19 Suppl 1, 132-147.
- Sommerseth, R., Norheim, A., Kjellefold, A., Humerfelt, K. & Hanssen, H. (2010). Faglig skjønn i utøvelse av profesjonelt helse- og sosialfaglig arbeid (s. 21-49). Bergen: Fagbokforlaget.
- Stang, I. (1998). *Makt og bemyndigelse : Om å ta pasient- og brukermedvirkning på alvor*. Oslo: Universitetsforl.

- Storm, M. & Edwards, A. (2013). Models of User Involvement in the Mental Health Context: Intentions and Implementation Challenges. *Psychiatr Q*, 84(3), 313-327. doi: 10.1007/s11126-012-9247-x
- Sverdrup, S., Kristofersen, Lars B. og Myrvold, Trine M. . (2005). Brukermedvirkning og psykisk helse. *Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning (NIBR)*.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. H. (2018). *Viten skapt: Kvalitativ analyse og teoriutvikling*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Tuntland, H. & Ness, N. E. (2014). *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ubel, P. A., & Goold, S. (1998). «Rationing» Health Care: Not All Definitions Are Created Equal. *Archives of Internal Medicine*, 158(3), 209-214. doi: 10.1001/archinte.158.3.209
- Weber, M., Fivelsdal, E. & Østerberg, D. (2000). *Makt og byråkrati: Essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier* (3. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Westerlund, H. (2012): Mer enn bare ord? Ord og begreper i psykisk helsearbeid. Okt., 2012. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).
- Willumsen, E. & Ødegård, A. (2016). *Tverrprofesjonelt samarbeid: Et samfunnsoppdrag* (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Zahl, M.-A. (2003). *Sosialt arbeid: Refleksjon og handling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Øgar, P. & Hovland, T. (2004). *Mellom kaos og kontroll. Ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ørstavik, S. (2002). Det tvetydige brukerperspektivet - en teoretisk analyse. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver - en introduksjon*. Oslo: Gyldendal akademisk forlag.

## VEDLEGG 1:

### Intervjuguide

**Innledning:** Presentasjon av meg selv, studien og informasjon om gjennomføring av intervjuet. Signere forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet.

**Tema:** Hvordan spørsmålet «Hva er viktig for deg?» samsvarer med forventninger til helse- og omsorgstjenestene og kommunens rammer for tildeling av tjenester.

**Problemstilling:** Hvordan påvirker spørsmålet «Hva er viktig for deg?» utformingen og tildelingen av helse- og omsorgstjenester?

<b>Spørsmål og oppfølgingsspørsmål</b>
<i>Bakgrunn og kommunens rammer for tildeling av helse- og omsorgstjenester (prosess).</i>
<b>Hvilken rolle i prosessen av tildeling av hjemmetjenester til pasienter har du?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Er du saksbehandler?</li><li>➤ Tildeler du hjemmetjenester?</li><li>➤ Hvor lenge har du jobbet i hjemmetjenesten?</li><li>➤ Hvilke typer tjenester tilbyr hjemmesykepleien?</li></ul>
<b>Kan du fortelle om prosessen for hvordan det tildeles hjemmetjenester til pasienter?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Hvem er med i prosessen?</li><li>➤ I hvilken rekkefølge skjer de ulike stegene og er dette i henhold til prosedyren for tildeling av tjenester? Pasientforløp? Hvem møter pasienten først fra hjemmetjenesten?</li><li>➤ Hvem tildeler tjenester? Hvem tildeler vedtak?</li><li>➤ Hvordan bestemmes omfang (tid og antall besøk)?</li><li>➤ Er du kjent med om kommunen har noen retningslinjer eller rammer for innhold og omfang av tjenestene som tildeles? Hvor finnes evt disse? Følges disse?</li><li>➤ Hvilke krav eller forventninger opplever du fra kollegaer/ ledelsen/ pasienter/ pårørende ved tildeling av hjemmetjenester?</li><li>➤ Har du noen gang opplevd uenigheter fra kollegaer/ ledelse/ pasienter/ pårørende på tjenesten som har blitt tildelt? Fortell om det?</li><li>➤ Har du noen gang gitt mer tjenester enn du vurderer som nødvendig? (mer hj.spl/flere tjenester/mer besøk)</li></ul>
<b>Kan du fortelle litt om prosessen for hvordan hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring tildeles?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Hva er forskjell på hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring?</li><li>➤ Hvem tildeler tjenesten?</li><li>➤ Hvem tildeler vedtak?</li><li>➤ Hvordan bestemmes omfang (tid og antall besøk)?</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hvordan vurderer du hvilke pasienter som skal tildeles disse tjenestene?</li> <li>➤ Blir det lagt vekt på at man skal klare seg så mye som mulig selv?</li> <li>➤ Hvilke krav eller forventninger opplever du fra kollegaer/ ledelsen/ pasienter/ pårørende ved tildeling av hverdagsmestring/ hverdagsrehabilitering?</li> <li>➤ Har du noen gang opplevd uenigheter fra kollegaer/ ledelse/ pasienter/ pårørende på tjenester som har blitt tildelt? Fortell om det?</li> </ul>
<p><b><i>Brukermedvirkning</i></b></p> <p><i>Forskningsspørsmål 1:</i></p> <p><i>Hvordan kan ansatte bidra med å forene pasienters brukermedvirkning med rett tjenestetilbud og omsorgsnivå?</i></p>
<p><b>Hva legger du vekt på når du vurderer pasientens bistandsbehov ved tildeling av hjemmetjenester?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Faglig forsvarlighet?</li> <li>➤ Hverdagsmestring?</li> <li>➤ Brukermedvirkning? / Hva er viktig for deg?</li> <li>➤ Pasientens ressurser?</li> <li>➤ Hjemmetjenestens ressurser?</li> </ul>
<p><b>Hva legger du i begrepet brukermedvirkning?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hva betyr brukermedvirkning?</li> <li>➤ Kan du gi et eksempel på hvordan du driver brukermedvirkning? / Hva gjør du konkret?</li> </ul>
<p><b>Kan du fortelle hva du legger i spørsmålet «hva er viktig for deg»?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hva er målet med spørsmålet? Hvorfor stilles dette spørsmålet?</li> <li>➤ Får alle pasienter dette spørsmålet? Hvorfor? / Hvorfor ikke?</li> <li>➤ Hvordan stilles spørsmålet? Direkte? eller «pakkes det inn»?</li> <li>➤ Har du mottatt opplæring på hvordan dette spørsmålet skal/kan stilles? MI (motiverende intervju)?</li> <li>➤ Ved å stille dette spørsmålet, hva kan du tilby av tjenester? Hva kan pasienter forvente å få?</li> </ul>
<p><b>Når du stiller spørsmålet «hva er viktig for deg»? Hvordan er responsen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Utløser dette spørsmålet noen forventninger? Evt. for hvem?</li> <li>➤ Hva vil du si at de vanligste forventningene er?</li> <li>➤ Hvordan håndteres eventuelle uenigheter mellom de ulike forventningene?</li> </ul>
<p><b>I hvilken grad opplever du at pasienter og pårørende medvirker ved tildeling av hjemmetjenester?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hvordan påvirkes tjenestenes innhold og omfang?</li> <li>➤ Er de delaktige i utforming av tjenestene som tildeles?</li> </ul>
<p><b><i>Organisasjonens krav</i></b> <i>Forskningsspørsmål 2:</i></p> <p><i>Hvordan (på hvilke måter) utfordres de tradisjonelle oppgavene i kommunehelsetjenesten?</i></p>
<p><b>Hvilke utfordringer som helsepersonell møter du ved at spørsmålet «hva er viktig for deg» stilles?</b></p>

- Er det rom for å tilpasse tjenestene til hva som er viktig for den enkeltes behov/situasjon?
- Hvordan håndteres eventuelle uenigheter mellom de ulike forventningene til tjenestene som skal tildeles?

**I hvilken grad opplever du at pasientene får et tjenestetilbud som er i tråd med sine ønsker?**

- Får pasientene de tjenestene de ønsker?
- Opplever du uenighet om hva som er rett tjenestetilbud til pasientene? Hvem er uenig?
- Hva hvis ønskene ikke henger sammen med grunnlaget for tjenesten? Hvordan håndterer du det?

**Har tjenestene hjemmesykepleien tildeler endret seg etter at kommunen begynte å stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?»**

- Hvis ja, hvordan?
- Hva er endret/ ikke endret?
- Hvordan påvirkes tjenestenes innhold og omfang ved at «hva er viktig for deg» stilles?
- Opplever du at det brukes mer eller mindre ressurser på pasientene? På hvilken måte?

**I hvilken grad opplever du å ha tilstrekkelige ressurser til å møte kravene om økt selvstendighet og målsetting om at flere skal bo hjemme lenger? (Det er jo et mål at alle bo hjemme).**

- For mye, for lite, tilstrekkelig? Forsvarlig/ uforsvarlig?
- Har hjemmetjenestens ressurser noen betydning for de tjenestene som gis?
- Hvordan fordeles ressursene? Hva prioriteres av oppgaver/ tjenester?
- Opplever du ressursfordelingen til de ulike pasientene i hjemmetjenesten som rettferdig fordelt? Får noen mindre tjenester og andre mer?

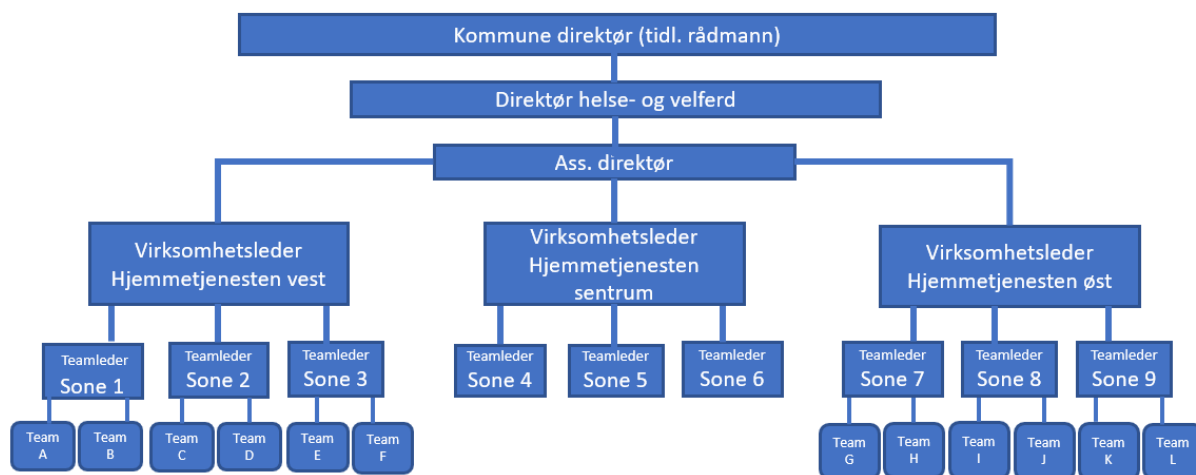
## Hjelpespørsmål

- **Kan du fortelle litt mer om det?**
- **Har du noen eksempler?**
- **Kan du beskrive det?**
- **Kan du utdype det?**
- **Hva er din erfaring om dette?**
- **Hva mener du med det?**
- **Hvorfor det?**

**Oppsummering:** Oppsummere det som har kommet frem i intervjuet. Spørre informanten om det er noe han/hun vil tilføye. **Avsluttende:** Tilbakemelding fra informanten i forhold til hvordan han/hun opplevde intervjuet. Svare på eventuelle spørsmål fra informanten. Takke for meg og for at informanten stilte opp.

## VEDLEGG 2:

### Organisasjonskart, i undersøkt kommune



### Vil du delta i forskningsprosjektet

”Hva er viktig for deg? – samsvarer dette med ønsker og behov?”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å studere hvordan spørsmålet «Hva er viktig for deg?» samsvarer med forventninger til helsetjenesten og kommunens rammer for tildeling av helse- og omsorgstjenester. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

Jeg er masterstudent i studieprogrammet samordning av helse- og velferdstjenester ved Høgskolen i Østfold. I denne forbindelse skal jeg gjennomføre et forskningsprosjekt.

Med en stadig økende andel eldre, færre yrkesaktive og mindre tilgang på helsepersonell i årene som kommer, må tjenestene organisere på en annen måte for å få en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring er et slikt tiltak som skal sikre en bærekraftig utvikling av kommunale helse- og omsorgstjenester. Kjernen i hverdagsrehabilitering er å finne svaret på «Hva er viktig for deg?». Dette er en retningsendring i helsevesenet som baserer seg på en helsefremmende tilnærming og en styrket pasientrolle. Formålet med mitt forskningsprosjekt er å studere tildelingen av hjemmetjenester og hvordan spørsmålet «Hva er viktig for deg?» samsvarer med forventninger til helsetjenesten og kommunens rammer for tildeling av helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer å se på selve tildelingsprosessen, hvem som er involvert og hva som påvirker prosessen og beslutningene som tas. I tillegg vil det bli sett på hvordan de involverte håndterer ulike forventninger ved tildeling av hjemmetjenester.

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

*Høgskolen i Østfold, avd. helse og velferd* er ansvarlig for prosjektet.

#### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg ønsker å få innblikk i saksbehandleres erfaringer i tildelingsprosessen av hjemmetjenester. Jeg ønsker også å få et innblikk i sykepleiernes erfaringer da sykepleierne også har tildelingsmyndighet til å tildele helsetjenester, men da uten skriftlig vedtak – kalt muntlige vedtak. Invitasjon til deltakelse i forskningsprosjektet går derfor til saksbehandlere og sykepleiere i hjemmetjenesten.

#### Hva innebærer det for deg å delta?

Jeg vil i forskningsprosjektet benytte intervju som datainnsamlingsmetode. Deltakelsen i forskningsprosjektet innebærer at du sier deg villig til å møte meg for et intervju. Intervjuet vil vare i om lag 1 time og intervjuet vil foregå i arbeidstiden. Stedet for intervjuet kan være på din arbeidsplass eller et annet sted dersom du ønsker det. Intervjuet vil foregå som en



samtale ut fra noen planlagte spørsmål, hvor jeg ønsker at du i størst mulig grad skal fortelle om dine erfaringer og tanker rundt temaet. Intervjuet blir tatt opp på lydfil for at gjengivelsen skal være så riktig som mulig.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

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

Intervjuet blir kun brukt i mitt prosjekt. Både dine og alle andre data blir anonymisert. Det er kun meg og min veileder ved HIØ som vil ha tilgang til opplysningene. Lydopptaket lagres ved Tjenester for Sensitive Data (TSD) som oppfyller lovens strenge krav til behandling og lagring av sensitive forskningsdata slik at andre ikke har tilgang. I lydopptak og notater vil det ikke fremkomme hvem som blir intervjuet. Alle deltakere gis et fiktivt navn. Resultater av intervjuene vil publiseres i masteravhandlingen min, og eventuelt en publisering i form av en artikkel ved en senere anledning. Det vil ikke fremkomme i publikasjonen hvem som har deltatt i forskningsprosjektet og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er mai/juni 2021.

### **Dine rettigheter**

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

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

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra *Høgskolen i Østfold* har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

Cecilie H. Engdahl på tlf: 41 57 92 88, eller på e-post: [cecilie-hubner.engdahl@sarpsborg.com](mailto:cecilie-hubner.engdahl@sarpsborg.com)

Eller du kan ta kontakt med min veileder ved Høgskolen i Østfold, avd. for helse og velferd, førsteamanuensis Catharina Bjørkquist på tlf: 92 04 85 20 eller e-post: [catharina.bjorkquist@hiof.no](mailto:catharina.bjorkquist@hiof.no)

Vårt personvernombud: Martin Gautestad Jakobsen ved Høgskolen i Østfold, seksjon for HR. Tlf: 92 86 58 18, e-post: [martin.g.jakobsen@hiof.no](mailto:martin.g.jakobsen@hiof.no)

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

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på e-post [personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no) eller på tlf: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

*Catharina Bjørkquist*  
(Forsker/veileder)

*Cecilie Engdahl*  
(Masterstudent)

-----

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Hva er viktig for deg? – samsvarer dette med ønsker og behov*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

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

-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## VEDLEGG 4:

---

### Godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD)

#### **NSD sin vurdering**

##### **Prosjekttittel**

Hva er viktig for deg? - samsvarer dette med ønsker og behov

##### **Referansenummer**

381767

##### **Registrert**

12.05.2020 av Cecilie Hübner Engdahl - cecilie.h.engdahl@hiof.no

##### **Behandlingsansvarlig institusjon**

Høgskolen i Østfold / Avdeling for helse og velferd

##### **Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Catharina Bjørkquist, catharina.bjorkquist@hiof.no, tlf: 92048520

##### **Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

##### **Kontaktinformasjon, student**

Cecilie Engdahl, cecilihe@hiof.no, tlf: 41579288

##### **Prosjektperiode**

01.06.2020 - 31.12.2021

##### **Status**

14.05.2020 - Vurdert

## Vurdering (1)

### 14.05.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 14.05.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

### DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet.

### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: [https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html) Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2021.

### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

### TAUSHETSPLIKT

Siden helsepersonell har taushetsplikt er det svært viktig at intervjuene gjennomføres på en slik måte at taushetsplikten overholdes. Intervjuer og informanter har sammen ansvar for dette, og bør innledningsvis i intervjuene drøfte hvordan dette skal håndteres. Vi minner om at informantene dine ikke kan gi opplysninger som kan identifisere en enkelt pasient eller pårørende, direkte eller indirekte. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksomme på at identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates og at dere er forsiktige ved å bruke eksempler under intervjuene.

### PERSONVERNPRINSIPPER

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

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke videre behandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). TSD er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD:

Tore Andre Kjetland Fjeldsbø  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)