

Ingalill Viljugrein

# Samskaping med pårørende i bo- og omsorgssenter

*En kvalitativ studie av helsepersonells erfaringer med pårørendeinvolvering*



Universitetet i Sørøst-Norge  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap  
Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag  
Postboks 235  
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2021 Ingalill Viljugrein

Denne avhandlingen representerer 45 studiepoeng

<i>Forfatter</i>	Ingalill Viljugrein
<i>Grad</i>	Master i helsefremmende arbeid
<i>Fakultet</i>	Fakultet for helse- og sosialvitenskap
<i>Institutt</i>	Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag
<i>Veileder</i>	Susanne Hagen
<i>Innleveringsdato</i>	11.05.2021
<i>Oppgavens tittel</i>	Samskaping med pårørende i bo- og omsorgssenter. <i>En kvalitativ studie av helsepersonells erfaringer med pårørendeinvolvering.</i>
<i>Antall ord</i>	23396
<i>Søkeord</i>	Helsepersonell, pårørendeinvolvering, samskaping, bo- og omsorgssenter, Health care worker, Family involvement, co-creation, nursing home

## Sammendrag

### *Bakgrunn*

Nasjonale og kommunale føringer fremhever å styrke pårørendeinvolvering i helse- og velferdstjenestene og å arbeide i retning av økt samskaping av tilbud og tjenester i samfunnet. Hensikten med denne studien har vært å utforske hvilke forhold som er av betydning for helsepersonells involvering av pårørende i bo- og omsorgssenter for eldre sett fra helsepersonelletts perspektiv.

### *Problemformulering*

Hvilke forhold har betydning for helsepersonells involvering av pårørende til beboere i bo- og omsorgssenter for eldre?

### *Metode*

For å fremskaffe empiri er det brukt et kvalitativt undersøkelsesdesign. Det ble gjennomført individuelle semistrukturerte intervjuer av seks helsepersonell som arbeider ved ulike bo- og omsorgssenter i en virksomhet på Østlandet. For analyse av dataene ble metoder inspirert av tematisk analyse av Braun og Clarke og systemisk tekstkondensjon av Kirsti Malterud benyttet. For å belyse problemstillingen er tidligere forskning på området, teori om empowerment og perspektiver på samskaping, samt supplerende teori om pårørendeinvolvering og settingsperspektivet i helsefremmende arbeid, benyttet.

### *Resultater*

Resultatene viser at det er flere forhold som er av betydning for helsepersonells involvering av pårørende. Hovedskillet i helsepersonellets forståelse av pårørendeinvolvering er å se pårørende som en ressurs eller som noen å dele ansvaret med, og studien løfter hvordan dette vil kunne ha betydning for måten pårørende blir involvert i bo- og omsorgssenteret.

Kvaliteten i relasjonen mellom pårørende og helsepersonell ble vist å kunne styrke eller svekke motivasjonen for arbeidet. I tillegg ble forhold knyttet til rolleforståelse og ved organisasjonskulturen som struktur, opplæring, profesjons- og språkbakgrunn vektlagt som av betydning for hvilke mulighetsbetingelser helsepersonell har for pårørendeinvolvering i praksis.

### *Konklusjon*

Studien viser at det er sammensatte forhold ved organisasjonskultur, helsepersonellets forståelse av pårørendeinvolvering, samt kvaliteten i relasjonen mellom helsepersonellet og pårørende som kan ha betydning for arbeidet. For å nå nasjonale og kommunale føringer om å styrke pårørendeinvolvering og å arbeide i retning av økt samskaping, ble det foreslått å fasilitere prosesser i hensikt å identifisere og utfordre organisasjonens grunnleggende antakelser om og overordnede rammer for pårørendeinvolvering, samt øke empowerment for både pårørende og helsepersonell.

<i>Author</i>	Ingalill Viljugrein
<i>Grade</i>	Master in Health Promotion
<i>Faculty</i>	Faculty for Health and Social sciences
<i>Institution</i>	Institution for Health, Social and Welfare
<i>Supervisor</i>	Susanne Hagen
<i>Filing date</i>	11th of May 2021
<i>Titel</i>	Co-creation in Nursing home. A Qualitative Study of Health Care Workers' Experiences of Family Involvement.
<i>Amount of words</i>	23396
<i>Keywords</i>	Health care worker, Family involvement, co-creation, nursing home

## **Abstract**

### *Background*

National and municipal guidelines highlights to strenghten the involvement of family in the health and welfare services and to work in a direction of increased co-creation of services offered by the community. The purpose of this study is to explore conditions of importance concerning health care workers' involvement of families to elders in nursing homes from the health care workers' perspective.

### *Issue*

What conditions are of significance to health care workers' involvement of family to elders in nursing homes?

### *Method*

Individual semi-structured interviews was used to collect empirical data. Interviews were conducted with six health care workers' employed in nursing homes in Eastern Norway. To analyse the data, methods inspired by thematic analysis by Braun and Clarke and systematic text condensation by Kirsti Malterud were used. To highlight the issue further earlier research on the topic, theories on empowerment, perspectives on co-creation together with supplying theories in family involvement and settings for health promotion were used.

### *Results*

Multiple conditions were of concern for health care workers' involvement of families. The study identified that family involvement could be understood either as a resource, or someone to share the responsibility with, and how this could affect health care workers' involvement of families in the nursing home were highlighted. The quality of the relation between health care worker and the family was shown to be both an enabler and a barrier for the motivation concerning family involvement. Organisational culture such as structural conditions and the health care workers' professional background and proficiency in norwegian were all emphasized as important conditions that could influence the health care workers' possibility for family involvement.

### *Conclusion*

There were concluded to be multiple reasons concerning organisational culture, understanding of the concept of family involvement and the quality of the relation between health care worker and family, concerning family involvement in nursing homes. To achieve national and municipal goals on strengthening family involvement and increase co-creation, suggestions were made to facilitate processes for identifying and challenge the organisations implicit assumptions and policies on family involvement and to increase empowerment for both family and health care workers'.

# Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>2</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>4</b>
<b>Innholdsfortegnelse</b> .....	<b>6</b>
<b>Forord</b> .....	<b>9</b>
<b>1 Innledning</b> .....	<b>10</b>
1.1 Tema og bakgrunn.....	10
1.2 Oppgavens problemområde og tematikk.....	11
<b>1.2.1 Problemstilling og forskningsspørsmål</b> .....	<b>12</b>
1.3 Forskningskontekst.....	12
<b>1.3.1 Styrende policydokumenter</b> .....	<b>12</b>
<b>1.3.2 Forskningslitteratur</b> .....	<b>13</b>
1.4 Begrepsdefinisjoner.....	16
1.5 Litteratursøk.....	17
1.6 Oppgavens struktur .....	17
<b>2 Teoretisk referanseramme</b> .....	<b>18</b>
2.1 Pårørendeinvolvering i bo- og omsorgssenter.....	18
<b>2.1.1 Betydning av verdighet i møte med pårørende</b> .....	<b>19</b>
2.2 Bo- og omsorgssenter som setting for helsefremmende arbeid .....	20
2.3 Empowerment .....	21
2.4 Samskaping i helse- og omsorgstjenesten .....	22
<b>2.4.1 Idealet om samskaping og dens mulige slagside</b> .....	<b>25</b>
2.5 Sammenhengen mellom samskaping og empowerment.....	27
<b>3 Metode</b> .....	<b>29</b>
3.1 Metodiske valg og design.....	29
<b>3.1.1 Forforståelse og situering</b> .....	<b>29</b>
3.2 Datainnsamling .....	30
<b>3.2.1 Intervjugjennomføringen</b> .....	<b>31</b>
3.3 Dataanalyse.....	32
<b>3.3.1 Transkripsjonen og dens reliabilitet, validitet og etikk</b> .....	<b>32</b>
<b>3.3.2 Dataanalyseprosessen</b> .....	<b>33</b>
3.4 Forskningsetikk .....	35

3.4.1	<b>Metodekritikk</b> .....	36
<b>4</b>	<b>Resultater</b> .....	<b>38</b>
4.1	Betydning av samhandling som en måte å forstå pårørendeinvolvering .....	39
4.1.1	<b>Lagspiller og ressurs</b> .....	39
4.1.2	<b>Dele ansvar</b> .....	41
4.1.3	<b>Fravær av pårørendeinvolvering</b> .....	44
4.1.4	<b>Oppsummerende hovedpunkter</b> .....	45
4.2	Betydning av kvalitet i relasjon for motivasjon i arbeidet med pårørendeinvolvering .....	45
4.2.1	<b>Verdighet i relasjon</b> .....	46
4.2.2	<b>Takknemlighet som drivkraft</b> .....	48
4.3	Betydning av barrierer for motivasjon i arbeid med pårørendeinvolvering .....	49
4.3.1	<b>Kritiske pårørende</b> .....	50
4.3.2	<b>Urealistiske forventninger</b> .....	51
4.3.3	<b>Oppsummerende hovedpunkter</b> .....	52
4.4	Betydning av mulighetsbetingelser for arbeid med pårørendeinvolvering .....	53
4.4.1	<b>Organisasjonskultur</b> .....	53
4.4.2	<b>Rolleforståelse</b> .....	58
4.4.3	<b>Oppsummerende hovedpunkter</b> .....	59
<b>5</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>60</b>
5.1	Forskningsspørsmål 1: På hvilken måte forstår helsepersonell begrepet pårørendeinvolvering? .....	60
5.1.1	<b>Sammenhengen mellom pårørendeinvolvering, samhandling og samskaping</b> .....	60
5.1.2	<b>Pårørende som ressurs eller noen å dele ansvar med?</b> .....	61
5.1.3	<b>Styrke empowerment og samskaping gjennom delt ansvar med pårørende</b> .....	62
5.2	Forskningsspørsmål 2: Hvilke faktorer kan virke motiverende med hensyn til pårørendeinvolvering? .....	65
5.2.1	<b>Fremme verdige relasjoner gjennom å styrke empowerment</b> .....	65
5.2.2	<b>Hvordan styrke empowerment ved krevende møter med pårørende</b> ...	66



5.3	Forskningsspørsmål 3: Hvilke strukturelle betingelser kan ha betydning for helsepersonells involvering av pårørende?.....	68
<b>5.3.1</b>	<b>Betydningen av arbeid med organisasjonskultur og rolleavklaring i settingen for å øke empowerment og styrke pårørendeinvolvering og samskaping</b>	<b>68</b>
5.4	Implikasjoner.....	71
<b>6</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>72</b>
	<b>Referanser/litteraturliste .....</b>	<b>74</b>
	<b>Oversikt over tabeller og figurer.....</b>	<b>80</b>
	<b>Vedlegg.....</b>	<b>81</b>

## Forord

*De pårørende, sier folk.*

*De burde si vi.*

*Vi pårørende.*

*For vi er jo pårørende alle sammen.*

*Vi er ektefeller og søsken.*

*Vi er sønner og døtre.*

*Vi er mødre og fedre.*

*Vi er venner og naboer.*

*Vi er de pårørende.*

*(Utdrag fra helseminister Bent Høies tale på pårørendekonferansen, 2018)*

Å skrive denne oppgaven har vært en spennende, lærerik og ikke minst en krevende prosess. Ved oppstart var jeg ganske fersk i min stilling i helse- og omsorgsektoren. Med et samtidig stort engasjement for arbeid med involvering og samskapende prosesser ble oppgavens tema et naturlig valg for meg. Og for en bratt læringskurve dette har vært! Det føles litt uvirkelig å være ved veis ende av denne reisen og jeg er så stolt og glad over å være i mål. Samtidig vet jeg godt at dette ikke hadde vært mulig uten et lag av gode folk rundt meg.

Først og fremst vil jeg takke min dyktige og kunnskapsrike veileder Susanne Hagen. Gjennom den perfekte balansen mellom å være motiverende og støttende og samtidig tydelig og direkte, har du hjulpet meg gjennom mang en krevende fase av dette arbeidet. Jeg vil også si tusen takk til min leder, som har vist meg stor raushet og tillit, og gitt meg muligheten til å gjennomføre denne studien som en del av mitt arbeid. Også tusen takk til gode kollegaer, familie og venner som har heiet og bidratt med kloke innspill, hjelp, støtte og oppmuntring. Og til min kjæreste og samboer – uten deg hadde ikke dette gått! Tusen takk for at du har en urokkelig tro på meg, for at du har tatt så godt vare på barna og hjemmet vårt i perioder det har vært behov for det, og for god hjelp som «språkvasker». Også takk til Ida og Isak som har vært tålmodige med en mamma som har måttet vie mang en kveld og helg til oppgavejobbing, nå gleder jeg meg til å bruke mer tid sammen med dere fremover. Sist, men ikke minst vil jeg takke informantene mine - Tusen takk for alt dere har lært meg gjennom å dele raust av erfaringene deres.

Ingalill Viljugrein

Lier, 10.05.2021

# 1 Innledning

## 1.1 Tema og bakgrunn

*«I 2025 vil nesten 16 % av Norges befolkning, eller over 900 000 mennesker, være over 67 år. Over en kvart million vil være over 80 år. Mange av dem vil ha behov for omsorg fra det offentlige. Samtidig blir det færre arbeidsplasser til å yte hjelpen.»* (Kunnskapsdepartementet, 2012, s. 7). Dette skisserer en av hovedutfordringene som det norske velferdssamfunn står ovenfor i nær fremtid. Dette fordrer vår evne til å tenke nytt om måten vi organiserer samfunnet og helse- og omsorgstjenestene våre på, og tiltak som tar sikte på å styrke og bevare pårørendeomsorg vil derfor være av stor samfunnsmessig betydning (Helse og omsorgsdepartementet, 2015; Helse og omsorgsdepartement, 2013).

I meld. St. 29 «Morgendagens omsorg», fremheves samskaping og medborgerskap som viktige satsningsområder og det fremsettes at et robust og sterkt velferdssamfunn skapes i samarbeid med innbyggerne (Helse og omsorgsdepartementet, 2013). Økt empowerment, wellbeing og styrket sosial kapital er noen av de positive helseeffektene som kommuner som lykkes i å skape tilbud og tjenester sammen med innbyggerne kan vise til (Green, Tones, Cross and Woodal, 2015). Sosial deltagelse er et grunnleggende prinsipp i WHO's definisjon av helse. Dette på bakgrunn av at det blant annet kan føre til styrket kontroll over egen tilværelse, følelse av tilhørighet i lokalmiljøet og økt opplevelse av mening (WHO, 2019). Videre er samspill med pårørende til beboere i eldreinstitusjoner fremhevet som et viktig og prioritert felt (Helse og omsorgsdepartementet, 2018). Det handler blant annet om at familien skal få nødvendig støtte og at det skal tilrettelegges for involvering og deltagelse i omsorg og aktivitet. Pårørende har som oftest detaljert og inngående kjennskap til beboers bakgrunn og involvering av dem er derfor av stor betydning i utviklingen av et personorientert omsorgstilbud i bo- og omsorgssenter (Hertzberg, Ekman og Axelsson, 2001; Nolan og Dellesega 2000; Smedbye 2008; Jakobsen og Holmelien 2013).

Jeg er ansatt i stilling som kultur- og frivillighetskoordinator for kommunale bo- og omsorgssentre for eldre i en kommune på Østlandet. En av mine arbeidsoppgaver er å tilrettelegge for å styrke og videreutvikle samhandling med pårørende til beboere. Pårørende kan være ektefelle, barn, foreldre, søsken og i noen tilfeller verger, venner eller naboer

(helsedirektoratet, 2017). Jeg er interessert i å undersøke hvilke forhold som er av betydning for hvordan bo- og omsorgssentrene kan tilrettelegge for økt pårørendeinvolvering.

## 1.2 Oppgavens problemområde og tematikk

Den aktuelle kommunen hvor studien gjennomføres er medlem av nettverket for «sunne kommuner» som er det norske nasjonale nettverket for WHO European Healthy Cities Network. I nettverket er fasene for lokal folkehelseinnsats som definert av Healthy cities ledende i folkehelsearbeidet (sunne kommuner, 2021). Visjonen tar utgangspunkt i FNs bærekraftsmål i folkehelsearbeidet og en forutsetning for bærekraftig utvikling er en befolkning med god helse, samtidig som god helse og livskvalitet er et mål for befolkningen i seg selv. Visjonen utpeker seks strategiske mål som utgjør rammeverket for nettverkets arbeid frem til 2024, hvor deltagelse gjennom å «*styrke medvirkning og samskaping for økt helse og trivsel*» føres opp som et av målene (sunne kommuner, 2021).

I flere kommunale og fylkeskommunale planer fremheves en overgang fra kommune 1.0 – «kommunen som formynder» og 2.0 – «kommunen som serviceyter som «bærer» brukeren», til kommune 3.0 – «kommunen som samarbeidspartner» hvor spørsmålet «hva kan vi få til sammen?» står sentralt (Bang-Andersen, Plathe og Hernes, 2019, s 23-24). I kommune 3.0 skal innbyggere bli møtt som ansvarlige samfunnsborgere og målet er å være et attraktivt lokalsamfunn der alle får anvende sine ressurser. Innbyggernes rolle utvikles i retning av å tilrettelegge for at deres ressurser kan benyttes i et samfunnsmessig fellesskap og i samskaping av bedre helse og velferd, mens kommunens rolle som myndighet og leverandør av tjenester skal nedtones (Willumsen, Ødegård og Sirnes, 2020 s. 24).

I pårørendeveilederen utarbeidet av helsedirektoratet, legges det føringer til kommunene på å ha systemer og rutiner for å involvere pårørende (Helsedirektoratet, 2016). I sosial innovasjon og samskaping involveres de berørte som kompetente og sidestilte med fagfolk og involvering kan bidra både til planlegging og løsning av samskaping (Kobro et al, 2018). Som Kobro et al (2018) her setter ord på vil kvaliteten på og omfanget av involvering av borgere kunne være av betydning for å nå overordnede kommunale mål om samskaping. I dette tilfelle er det bo- og omsorgssenter som er settingen for studien og det er derfor interessant å utforske på hvilken måte pårørendeinvolvering erfarer og oppleves av de som arbeider med det. Et kjennetegn ved helse- og velferdstjenesten er den menneskelige faktoren og at den praktiske

hverdagslige kontakten foregår i direkte samspill med brukere. Yrkesutøverens kompetanse kombinert med deres personlige egenskaper og erfaringer påvirker derfor i avgjørende grad hvordan den konkrete tjenesten faktisk fremstår og utformes (Willumsen et. al., 2020). Jeg er interessert i hvordan helsepersonellet som arbeider i bo- og omsorgssenter forstår pårørendeinvolvering og sin egen rolle i arbeidet, hva de erfarer som motiverende med dette arbeidet samt hvilke forutsetninger de opplever å ha for å kunne tilrettelegge for involvering fra pårørende i praktisk hverdag.

### 1.2.1 Problemstilling og forskningsspørsmål

#### **Hvilke forhold har betydning for helsepersonells involvering av pårørende til beboere i bo- og omsorgssenter for eldre?**

Forskningsspørsmål er:

*På hvilken måte forstår helsepersonell begrepet pårørendeinvolvering?*

*Hvilke forhold kan virke motiverende med hensyn til pårørendeinvolvering?*

*Hvilke strukturelle betingelser kan ha betydning for helsepersonells involvering av pårørende?*

## **1.3 Forskningskontekst**

### 1.3.1 Styrende policydokumenter

I regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan for 2021-2025 formidles pårørendes behov for å bli hørt og sett, samt behov for økt informasjon og veiledning, slik at de lettere kan forstå hvordan de best kan hjelpe. Å anerkjenne pårørende som ressurs føres opp som et av tre hovedmål i strategien og i handlingsplanen beskrives pårørendemedvirkning som et eget punkt. I dokumentet står det «(...) at pårørende skal tas på alvor i alle deler av behandlingsskjeden. Pårørende skal oppleve å bli møtt som en viktig samarbeidspartner for bruker og helsepersonell – ikke som en motpart. Pårørendes stemme skal bli hørt både på individnivå og i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene» (Regjeringen, 2021, s. 58). Det fremheves at pårørendes behov, mulighet for og ønske om deltakelse skal avklares og at spørsmålet «hva er viktig for deg?» skal være ledende i møte med beboer og med pårørende.

I Meld. St. 15 (2017-2018) vektlegges den unike verdien av pårørendes omsorg, men det påpekes samtidig at den er så omfattende at den kan slite ut pårørende før innleggelse på bo- og omsorgssenter. Samtidig er den nærmest ikke-eksisterende når kommunen overtar døgnansvaret, og en jevnere ressursfordeling mellom offentlig omsorg og pårørendes innsats før og etter innflytting er et viktig tema i dokumentet. Det foreslås blant annet at pårørende aktivt bør inviteres til å bidra og delta, også etter innflytting i bo- og omsorgssenter. Videre vises det til regjeringsplattformen for perioden 2017-2021 som fremhever familien som ressurs og at støtten til samarbeidet med familie skal styrkes (Helse og omsorgsdepartementet, 2018). I «Morgendagens omsorg» fremheves det at det trengs mer kunnskap om de motiverende og belastende sidene ved å være pårørende og om samspillet mellom pårørende og det offentlige (Helse og omsorgsdepartementet, 2013).

I «Veileder om pårørende i helse og omsorgstjenesten» er tema blant annet involvering av og støtte til pårørende i helse- og omsorgstjenesten. I denne beskrives pårørendes rettigheter og helse- og omsorgstjenestens plikter, og det gis anbefalinger for god praksis. I følge veilederen har kommunen en plikt til å gjennomføre pårørendeinvolvering og helseforetakene skal ha system for pårørendeinvolvering på flere nivåer. Videre fastslås det at helse og omsorgstjenestene skal legge til rette for en forutsigbar dialog og tilby en fast kontaktperson i tjenesten (Helsedirektoratet, 2017).

### 1.3.2 Forskningslitteratur

Studier viser at involvering av pårørende i sykehjem bidrar til bedre fysisk og følelsesmessig helse, øker velvære og opprettholder livskvalitet til beboer (Nguyen, M., Pachana, N., Beattie, E. og Ramis, M. A., 2015). Videre øker families livskvalitet når de opplever at beboer blir tatt godt vare på, er tilfreds og det fysiske miljøet fremstår tilfredsstillende. Ansatte opplever økt motivasjon og tilfredshet med arbeidssituasjon ved et godt pårørendesamarbeid og god kommunikasjon og et nært forhold mellom ansatte og pårørende er nøkkelfaktorer for disse positive effektene (Nguyen et al, 2015).

I Purveen, Baumbush og Ghandi (2018) sin systematiske gjennomgang av 32 studier som omhandlet involvering og inkludering av pårørende, fant de at inkludering av pårørende i bo- og omsorgssenter handler om å legge til rette for at pårørende har muligheter og ressurser som

øker deres empowerment slik at de kan ta en aktiv del både i beboers liv på sykehjemmet og i bo- og omsorgssenteret som nærmiljøsetting. De konkluderte med at for å oppmuntre til pårørendeinkludering i hverdagslivet på sykehjemmet, bør involvering bli forstått som en demokratisk prosess som støttes opp av retningslinjer og programmer. Backhaus et al (2020) foreslo i deres systematiske gjennomgang av 29 studier som omhandlet familieinkludering i sykehjem, å iverksette tiltak som kan øke toveiskommunikasjon mellom ansatte og pårørende. Dette på bakgrunn av at deres funn viste at kommunikasjon ofte bar preg av ren informasjon. Som eksempel ble det nevnt at pårørende kan inviteres til de samme opplæringsprogrammer som de ansatte for å øke deres kompetanse i helsefaglige temaer og kommunikasjon, samt iverksette tiltak som kan styrke samarbeid pårørende imellom og pårørende-beboere imellom. Studien viste videre at det eksisterer svært få intervensjoner som søker å styrke et likeverdig partnerskap mellom ansatte og pårørende i sykehjem og det ble anbefalt at fremtidige studier har et spesielt fokus dette (Backhaus et al, 2020). Både Purveen et al (2018) og Backhaus et al (2020) anbefalte for videre forskning å ta mer hensyn til pårørendes individuelle behov og forutsetninger ved for eksempel å tilby pårørende ressurser for å takle emosjonelle reaksjoner på overgang til sykehjem, iverksette tiltak for å styrke velvære, samt ta hensyn til at ikke alle pårørende har helse eller mulighet til å bidra i sykehjemmet.

Backhaus et al (2020) trakk frem et eksempel på en intervensjon som til forskjell fra øvrige eksempler, praktiserte medledelse, benevnt som «co-deciding» med pårørende. Artikkelen det ble referert til var en randomisert, kontrollert evaluering av en intervensjon ved navn «Partners in care in special care unit environment» (PIC-SCU) utført ved 20 sykehjem for personer med demens hvor 388 pårørende og 384 helsepersonell var involvert (Robison et al, 2007). Intervensjonen hadde som mål å øke positiv relasjon mellom personalet og de pårørende gjennom parallelle workshops med intensiv trening i blant annet utvikling av empati for hverandre, i konfliktløsningsteknikker og i metoder for effektiv kommunikasjon. Det ble blant annet undervist i hvordan ulikheter som kultur, etnisitet og sosioøkonomisk bakgrunn kan påvirke kommunikasjonen. Treningen ble gjennomført gjennom flere workshops hvor det ble benyttet metoder som minileksjoner, casediskusjoner og rollespill. Intervensjonen endte med et to timers møte med ansatte, pårørende og ledelse hvor de gjennom idé- og meningsutveksling satte felles mål for sykehjemmets overordnede struktur og rammer. Resultat fra evalueringen viste positive resultater i form av styrket relasjon og færre konflikter mellom helsepersonellet og de pårørende samt økt involvering og det ble

rapportert om færre depresjonssymptomer blant personalet. I tillegg ble det registrert en tydelig forbedring i beboers atferdssymptomer (Robison et al 2007; Backhaus et al 2020).

Miller (2019), fant i en systematisk gjennomgang av 15 artikler som omhandlet pårørendebesøk til sykehjemsbeboere, syv faktorer som kunne virke som barrierer for pårørendes besøk. Relasjon mellom ansatte og pårørende ble trukket frem som en sentral faktor i form av at et positivt forhold kunne styrke involvering og i motsatt fall kunne misforståelser og uenigheter svekke engasjement og involvering fra pårørende. Det ble fremhevet at ansatte bør hjelpe pårørende til å føle seg trygge i sin nye rolle etter beboers innflytting samt på at beboer blir godt ivaretatt, da pårørendes involvering er av stor betydning for beboeres livskvalitet, velvære og ansattes mulighet til å tilby personsentrert pleie (Miller, 2019).

Fra en norsk kvalitativ studie gjennomført av Norheim og Sommerseth (2014) fremkom mangel på faglig kompetanse og tilfældigheter knyttet til hvordan pårørende blir involvert samt at det er behov for endring i holdninger blant helsepersonell dersom pårørendeinvolvering skal bli en naturlig del av praksis. Det ble fremhevet at det er behov for mer forskning på temaet, og at en studie av helsepersonellens beskrivelser av deres opplevelser av pårørendesamarbeid vil være med å kaste et nytt lys over forskningsfeltet (Norheim og Sommerseth, 2014).

Gjennom litteratursøk ble det ikke funnet relevante treff på søk som omhandlet samskaping og/eller sosial innovasjon kombinert med andre relevante søkeord som omhandler temaet (se kap 1.5 for nærmere beskrivelse). Imidlertid fremmer Willumsen et al (2020) at en overgang til kommune 3.0 kreve samskaping og sosial innovasjon og at innovasjoner i helse- og velferdstjenesten ofte omhandler nye funksjoner knyttet til sosiale og menneskelige behov. For å gjøre innovasjon relevant for verdiene og yrkesutøvelsen i helse- og omsorgstjenesten er det nødvendig med en tilpasning av innovasjonskonseptet (Willumsen og Ødegård, 2015; Willumsen et al, 2020). En kunnskapsoppsummering gjennomført Husebø et al (2020) viste behov for mer forskning på fenomenet da det er store uklarheter om hvordan fenomenet «sosial innovasjon» skal forstås innen helse og velferd og det eksisterer få empiriske studier. Det fremheves videre at blant annet kvalitative innfallsvinkler vil være nyttig for å finne ut hvordan sosial innovasjon i helse- og velferdssektoren kan oppstå gjennom *samspill mellom de ulike aktørene i aktuelle settinger* (Willumsen et al, 2020, s. 34-35).



## 1.4 Begrepsdefinisjoner

**Pårørende:** Pårørende er som oftest noen med familiær tilknytning til beboer som bor i bo- og omsorgssenteret, som for eksempel ektefelle eller barn over 18 år, men det kan også være personer utenfor familierelasjonen, for eksempel en god venn og i noen tilfeller oppnevnt verge (helsedirektoratet, 2017).

**Pårørendeinvolvering:** Jeg bruker hovedsakelig begrepet pårørendeinvolvering på bakgrunn av at det er et etablert begrep i helse- og omsorgssektoren (helsedirektoratet 2017). I oppstart av studien benyttet jeg begrepet familieinvolvering da pårørende ofte er familiemedlemmer, samt at jeg opplever det som et «varmere» begrep. Jeg valgte å endre dette i løpet av studien da jeg erfarte både gjennom intervjugjennomføringen og fra norsk teori og forskningslitteratur om temaet, at pårørende er et vel integrert og etablert begrep i helsefaglig forståelse og det opplevdes dermed som kompliserende å skulle benytte et annet begrep.

**Bo- og omsorgssenter:** Er et samlebegrep for omsorgsboliger med heldøgnsbemanning og institusjon med langtidsplasser, for eldre og andre som er i behov av heldøgnsomsorg. Bo- og omsorgssenteret skal i tillegg til å ivareta beboeres behov for pleie og omsorg, sørge for at de får mulighet til meningsfulle dager hvor de har tilgang på kulturelle, eksistensielle, sosiale og fysiske aktiviteter etter sine individuelle interesser og behov (helse og omsorgsdepartementet, 2018).

**Helsepersonell:** Jeg bruker betegnelsen helsepersonell for å betegne de ansatte som arbeider i bo- og omsorgssenter og som har en direkte pleie- og omsorgsrolle overfor beboerne. Informantene besto av både sykepleiere og helsefagarbeidere. I analysen av resultatene er det ikke gjort en distinksjon mellom de ulike faggruppene knyttet til deres besvarelser.

**Beboere:** Jeg bruker begrepet beboere for å betegne personene som bor på bo- og omsorgssentrene. Beboerne er ofte over 80 år og de fleste har en form for demenssykdom eller kognitiv svikt. Noen kan være yngre og ha andre diagnoser og/eller typer av helsesvikt. Felles for beboerne er at de har et hjelpebehov som gjør at de ikke kan bo hjemme med tilpassede tjenester og hjelpemidler lenger.

## 1.5 Litteratursøk

Litteratursøk ble foretatt i databasene Oria, PubMed og ProQuest i tillegg til relevante websider som helse og omsorgsdepartementet, helsedirektoratet og World Health Organisation. Søkeordene som ble benyttet i ulike kombinasjoner var Health worker, Nursing home staff, Care home staff, Family involvement, Family inclusion, Nursing home og Residential aged care. For eksempel forsøkte jeg kombinasjonen Health worker OR Nursing home staff AND Family involvement OR Family participation AND Nursing home OR Residential aged care. Flest relevante treff gav søkeordene Care home staff OR Nursing home staff AND Family involvement OR Family inclusion AND Nursing home. Jeg avgrenset søk til fagfelleverderte tidsskrifter og tre eller fem år siden publiseringsdato.

Jeg forsøkte å legge til søkeord som co-creation, social innovation og co-production i ulike kombinasjoner med de nevnte søkeordene, men dette gav ingen relevante treff. På bakgrunn av at det, som Røiseland og Lo (2019) påpeker, ikke er noen omforent forståelse av begrepet og at samskaping i løpet av få år har seilt opp som et hyppig brukt styringsord, kan det hende at søkeordene jeg benyttet i litteratursøk ikke fanget opp eventuelle relevante artikler om temaet (Røiseland og Lo, 2019; Willumsen et al, 2019). Problemstillinger som krysser faglige og organisatoriske grenser blir behandlet i mange ulike faglige sammenhenger, noe nettopp slike og lignende begreper kan være eksempler på (Andreassen, 2019, s 20). Nettverksledelse og nettverksstyring, eller oversatt som collaborative governance og governing collaboration er eksempler på noen av flere andre begreper som kan handle om å fasilitere prosesser for samskaping og sosial innovasjon (Andreassen, 2019, s. 29-31).

## 1.6 Oppgavens struktur

I kapittel to presenteres oppgavens teoretiske rammeverk som vil bli brukt for å belyse problemstillingen. Kapittel tre omhandler presentasjon av metodiske valg og innhold og fremgangsmåte i analyseprosessen. I kapittel fire vil resultatene fra de gjennomførte intervjuene og analyseprosessen bli presentert, og i kapittel fem vil jeg benytte det teoretiske rammeverket og tidligere forskning til å belyse og diskutere funnene som presentert i kapittel fire. Oppgavens konklusjon presenteres i kapittel seks.

## 2 Teoretisk referanseramme

Med denne studien ønskes det å belyse hvilke forhold som har betydning for involvering av pårørende i bo- og omsorgssenter, gjennom helsepersonellens beskrivelser av deres erfaringer. Perspektiver på samskaping og teori om empowerment, samt sammenhengen mellom samskaping og empowerment trekkes frem for å belyse oppgavens problemstilling. Som supplerende teori trekkes settingsperspektivet fra helsefremmende arbeid og teori om pårørendeinvolvering inn. Innledningvis beskrives teori om pårørendeinvolvering hvor betydning av verdighet i møte med pårørende fremheves.

### 2.1 Pårørendeinvolvering i bo- og omsorgssenter

Pårørende er en flerfoldig gruppe og kan ha ulike roller overfor beboere som bor i bo- og omsorgssenter. De kan være ektefeller, barn, venner eller naboer. Det som ofte er sammenfallende mellom de ulike rollene, er at de har en familiær, praktisk og/eller følelsesmessig tilknytning til beboer. Det er ulike måter pårørende kan involveres i bo- og omsorgssenter. Puurveen et al (2018 s. 67-69) viser til ulike karakteristikk av pårørendeinvolvering ved besøk i bo- og omsorgssenter:

- Å ta ansvar for beboers personlige pleie, som hårstell, neglepleie og lignende.
- Å ta overordnet ansvar for beboers velvære ved for eksempel å se til at beboer får tilfredsstillende pleie ved omsorgssenteret, ta hånd om økonomi, klesvask og følge beboer til helseavtaler utenfor omsorgssenteret.
- Ved å bidra med sosioemosjonell støtte gjennom å sørge for at beboer får opprettholdt eksisterende rutiner i nye omgivelser ved å fortelle ansatte om beboers livshistorie og preferanser. Det kan også innebære å bidra som en «link» mellom beboer i bo- og omsorgssenteret og omverdenen.
- Ved å bidra til fellesskapet gjennom for eksempel å delta i sosiale eller kulturelle aktiviteter, ha med forfriskninger inn i omsorgssenteret og igangsette egne aktiviteter.

Beboers relasjon til en betydningsfull annen har stor betydning for mental helse og sosial støtte er en viktig ressurs for økt livskvalitet (Drageset et. al, 2008). Pårørendeinvolvering har betydning for kvaliteten på omsorgen som utøves i bo- og omsorgssenter, da de pårørende ofte er opptatt av at beboer skal få god omsorg som ivaretar deres individuelle behov. Familien kan motvirke rutinebasert omsorg ved å fungere som beboers talsperson. Familiens

tilstedeværelse kan også bidra til større trygghet for pasienten slik at de for eksempel deltar mer i fellesaktivitet (Norheim og Sommersteth, 2014).

I følge Jacobsen og Homelien (2013) er opplevelse av tilhørighet til bo- og omsorgssenteret avhengig av helsepersonellens tilnærming til de pårørende. Når dialogen med hjelpeapparatet er god, opplever pårørende et fellesskap som bidrar til mestring. Helse for pårørende innebærer å finne den harmonien som gjør det mulig å gjenerobre eget liv, få mulighet til å leve ut egen lidelse og få tid til å forsone seg med situasjonen. Pårørendes mestringsbehov kan forstås som blant annet fellesskap, samhörighet og livskraft. Fellesskap oppleves når pårørende blir sett, treffer andre og har noen å snakke med. Alle disse faktorene forutsetter et godt samarbeid med helsetjenestene og å bygge tillit til familie er en forutsetning for samarbeid (Jacobsen og Homelien, 2013).

### 2.1.1 Betydning av verdighet i møte med pårørende

Et forhold som er av betydning for pårørendes opplevelse av helsetjenesten er hvorvidt de opplever at verdighet ivaretas (Solvoll og Larsen, 2020). Et sentralt perspektiv på verdighet fremhever omsorgens mest fundamentale verdi; og fouteringsløst bekrefte menneskets absolutte verdighet som menneske (Eriksson, 1996; Nåden og Lohne, 2020). Gjennom dette perspektivet anerkjennes blant annet menneskets likeverdighet og evne til å forme sitt liv og sitt vesen og at en årsak til lidelse i omsorg er krenkelse av menneskets verdighet. Dette fordi mennesket gjennom krenkelse fratras mulighet til å oppleve seg som et fullverdig menneske. Dersom helsepersonell møter pårørende med respekt og nærhet, styrkes deres opplevelse av verdighet og i motsatt fall kan pårørende som opplever at helsepersonell ikke forstår deres behov oppleve dette som krenkende. En måte pårørende kan oppleve verdighet på er å få muligheten til å fortsette og ta ansvar for sin kjære (Solvoll og Larsen, 2020). Måten pårørende opplever seg inkludert og anerkjent på av personalet har sammenheng med i hvilken grad de fungerer som en ressurs i helse- og omsorgstjenesten. Fokus på å styrke inkludering og samarbeid med familie har sammenheng med god kvalitet på helsetjenester til beboere i sykehjem (Nakrem og Hynne, 2017). Helsepersonellens forståelse av pårørende og deres rolle resulterer i ulike måter å møte familien på, samt ulike tilnærminger i omsorgsprosessen (Nguyen et al, 2015). Relasjonen mellom pårørende og helsepersonellet styrkes dersom pårørende blir betraktet som partnere i omsorgen (Johansson, A, Ruzin, H. O., Graneheim, U. H. og Lindgren, B. M., 2014; Solvoll og Larsen 2020).

## 2.2 Bo- og omsorgssenter som setting for helsefremmende arbeid

Et grunnleggende prinsipp for helsefremmende arbeid er at helse blir skapt i de settingene menneskene lærer, arbeider, elsker og leker (WHO, 1986). Bo- og omsorgssenteret fungerer som setting på flere måter; som arbeidsplass for de ansatte, som hjem for beboere, som oppholdssted for pårørende og i noen sammenhenger som en møteplass for nærmiljøet (Dooris, 2012).

I helsefremmende arbeid benyttes settingstilnærming i arbeidet og til forskjell fra å *arbeide i en setting* kjennetegnes *settingstilnærming* ved at helse forstås som en del av kjerneaktiviteteten i organisasjonen (Dooris, 2012). Dooris (2012), identifiserer tre nøkkelkarakteristikker ved settingstilnærming; *økologisk modell* som innebærer at helse skapes av et kompleks samspill mellom miljømessige, organisasjons- og personlige faktorer, *systemperspektiv* som handler om å se settingen som et komplekst dynamisk system og å se synergien mellom de ulike delene av helheten, samt et *helhetssyn i utvikling og endring av organisasjonen* benevnt som «Whole system thinking» (Dooris, 2012, s 23/24). En organisasjon som benytter settingstilnærming i arbeidet ser helse som avhengig av interaksjonen mellom individer og delsystemer i økosystemet, noe som gjør at innsats på de ulike områdene av betydning for helse, samlet kan maksimere helseeffekt i organisasjonen (Green et al, 2015). Å arbeide helsefremmende innebærer å se utover egen setting, noe som innebærer at tjenestens arbeid omfatter brukere av tjenesten, men også ansatte, pårørende, besøkende og nærmiljøet (Green et al, 2015). Settingen blir ikke kun betraktet som et sted å iverksette intervensjoner og tiltak, men også som en kontekst som i seg selv influerer helse og livskvalitet både direkte og indirekte gjennom den fysiske utformingen, sosiale normer og verdier og kvaliteten på relasjonene innad i organisasjonen (Dooris, 2012, s. 19; Green et al, 2015). Det vektlegges å arbeide for å utvikle mestring, personlige ferdigheter og økt kontroll over eget liv og det tas høyde for at det er utallige faktorer som påvirker helse (Green et al, 2015). I følge Poland, Crupa og McCall (2009), er det viktig for å forstå og kunne arbeide med settinger å anerkjenne de implisitte og eksplisitte antakelsene som eksisterer om organisasjonen. Dette er viktig for å kunne vurdere hvorvidt disse antakelsene er valide og i hvilken grad de tjener organisasjonen, noe som gjør at alle involverte kan velge å styrke eller distansere seg fra antakelsene og med det skape åpning for mer deltagende tilnærminger eller i hvert fall en mer tydelig forståelse av barrierer innenfor settingen (Poland et al 2009).

I følge Hancock, (2012) er det fire hovedområder involvert i å skape helsefremmende sykehus som også gjelder andre helseinstitusjoner og helsesystemet som helhet. Disse omhandler å skape et helende miljø for pasientene, være en helsefremmende arbeidsplass for de ansatte, være en miljømessig ansvarlig organisasjon og delta i partnerskap med andre organisasjoner i å skape et helsefremmende nærmiljø. Å skape helende miljøer for pasienter innebærer å tilby et omsorgsfullt miljø, ha en fysisk utforming som inkluderer både kunst og natur, sunn og helsebringende mat samt en forpliktelse til å engasjere og styrke empowerment blant pasienter og deres familier i omsorg og tilfriskning. I et eksempel fra Planetree US-base Alliance for personsentrert omsorg beskrives blant annet viktigheten av å involvere pasienter, familier og frivillige i helsefremmende partnerskap, av tilstrekkelig informasjon også for minoriteter for å styrke empowerment, samt å utvide grensene for helsevesenet i hensikt å skape helsefremmende nærmiljøer (Hancock, 2012, s. 127-128).

## **2.3 Empowerment**

Helsefremmende arbeid handler om prosesser som setter individer og grupper i stand til å øke kontroll over og forbedre sin helse (WHO, 1986; Dooris, 2012; Scriven, 2012).

«Empowerment kan defineres som en prosess hvor individer, grupper eller samfunn mobiliserer ressurser til å håndtere sine utfordringer» (Sørensen et al., 2002, s. 2379).

Empowerment er et særlig sentralt perspektiv knyttet til settingsperspektivet på bakgrunn av den økologiske forståelsen av helse. Forhold som omhandler å styrke empowerment vil med en økologisk forståelse være viktig for alle aktørene i den aktuelle settingen, som i dette tilfellet er bo- og omsorgssentrene (Dooris, 2012; Green et al, 2015)..

I empowermentmodellen for helsefremmende arbeid står samspillet mellom helsefremmende politikk og helsefremmende pedagogikk sentralt (Green et al., 2015, s. 44). Det innebærer at organisasjonen i en empowermentprosess må yte hjelp som kan gi den andre en opplevelse av kontroll over eget liv, og samhandle på en slik måte at man oppnår kunnskap og mulighet for deltakelse (Jenhaug, 2020a). Til grunn for dette ligger et ressursfokus som er tuftet på en antakelse om at mennesker vil utvikle ferdigheter og evner som vil sikre et best mulig liv for seg selv og omgivelsene under rimelige betingelser. En forutsetning for dette er at individet eller gruppen opplever tilstrekkelig kontroll over de faktorene som kan påvirke vilkårene for

en utvikling i positiv retning. Dette fordrer at vi må forholde oss til empowerment på både individ-, gruppe- og samfunnsnivå (Sørensen et al., 2002).

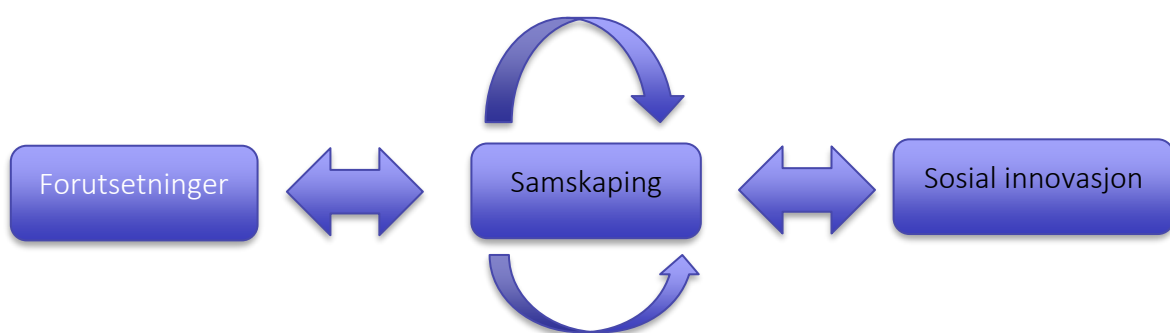
En forutsetning for å igangsette en bevegelse i retning økt empowerment er kjennskap til og egne ressurser og vilje til å kjempe for å få gjennomslag for sine interesser (Stang, 2013). I empowermentbegrepet reflekteres maktaspektet og for å styrke individers og gruppers empowerment, må de som innehar makt først identifisere egen makt og tilgang på ressurser. Videre må de forstå hvordan dette kan benyttes til å sette andre personer og grupper istand til å øke sin makt for deretter å få kontroll over forhold i sine omgivelser (Lawerack, 2004). Forskning viser at andre personers støtte fremmer empowermentprosessen (Gibson, 1995; Stang, 2013). Helsepersonell kan fungere som støttespillere i en slik prosess, men det fordrer at de i holdning og atferd uttrykker respekt for den enkeltes autonomi, involverer bruker som en aktiv samarbeidspartner og er villig til å sette personens meninger, ønsker og beslutninger over sine egne, altså en form for overføring av makt (Stang, 2013.)

## **2.4 Samskaping i helse- og omsorgstjenesten**

Kjernen i fenomenet samskaping er beskrevet som «to eller flere aktører samarbeider for å løse en offentlig oppgave eller et samfunnsproblem gjennom en konstruktiv utveksling og anvendelse av deres forskjellige erfaringer, ressurser, kompetanser og ideer» (Sørensen, Torfing og Røiseland 2016 s. 12). Ulike perspektiver på samskaping og sosial innovasjon er relevant for helse- og omsorgstjenestene fordi presset på offentlig sektor er økende og oppgavene er stadig mer komplekse. I fremtiden vil bli mangel på kompetente tjenesteytere, noe som kan innebære at tjenestemottakere vil måtte overta mer ansvar, og involvering for å oppnå eierskap til løsningen fremstår dermed som viktig (Willumsen et al, 2020, s. 29). Samskaping er som vist innledningsvis, et styrende strategisk mål for kommunen som medlem i nettverket for sunne kommuner, og det fremstår dermed relevant å benytte dette perspektivet til å belyse problemstillingen (Sunne kommuner, 2021).

Nettverksstyring, samarbeidsdrevet innovasjon, sosial innovasjon og kommune 3.0 er noen eksempler på begreper som knyttes til samskaping som fenomen (Pedersen-Ulrich, 2016; Kobro et al., 2018; Agger, Tortzen & Rosenberg, 2018). Samskaping innebærer både innovasjon og grenseoverskridende samarbeid og kan knyttes til ord som co-creation og co-production (Willumsen et al, 2020). Willumsen et al (2020) peker på at det på bakgrunn av

økende sosial ulikhet, stor arbeidsledighet og utfordringer knyttet til migrasjon er velferdssystemet i mange vestlige land under press. OECD har lansert innovasjon som hovedstrategi for offentlig sektor, og KS (Kommunesektorens organisasjon) fordrer at det er behov for en helhetlig tilnærming på lokalt, regionalt, nasjonalt og internasjonalt nivå (Willumsen et al, 2020). Innovasjon kan benyttes på individnivå om samarbeid mellom profesjonelle tjenesteytere og brukere, og på samfunnsnivå mellom offentlige organer, private bedrifter og ideelle organisasjoner. For å skape involvering, engasjement og deltagelse i samskappingsprosesser er det viktig å inkludere alle berørte på tvers av tjenester og organisasjonsstrukturer (Willumsen et al, 2020). I regjeringens perspektivanalyse fra 2008 vektlegges det at innbyggere og brukere skal involveres dypere i utvikling, leveranse og evaluering av offentlige tjenester. Dette på bakgrunn av at det sikrer demokratiske prosesser, bidrar til bedre legitimitet for tjenesten og at det gir impulser til innovasjoner i offentlige tjenester å tilrettelegge for mennesker med ulike erfaringsbakgrunn i idéskapingen (Nærings- og handelsdepartementet, 2008). Innovasjon i helse- og velferdssektoren som omhandler menneskelige faktorer og behov kan betegnes som sosial innovasjon (Undheim og Willumsen, 2020). I figur 1 illustreres en måte å forstå fenomenene i sammenheng (Ødegård, Waldahl, Willumsen, Iakovleva og Strype, 2018). Med denne kan vi forstå sosial innovasjon som et resultat av samskaping, hvor samspillet mellom aktørene er av betydning, samtidig som det vektlegges at det må være noen forutsetninger tilstede for at samskapingen kan finne sted.



Figur 1. Sosial innovasjon som resultat av forutsetninger og samskaping (Ødegård et al, 2018).

Ledelse av samskaping er en ny og viktig oppgave som fordrer ny lederkompetanse og et skifte fra New Public management til New public Government (Osborne 2010; Krogh, Sørensen og Torfing, 2020). New Public management kjennetegnes av kontroll og

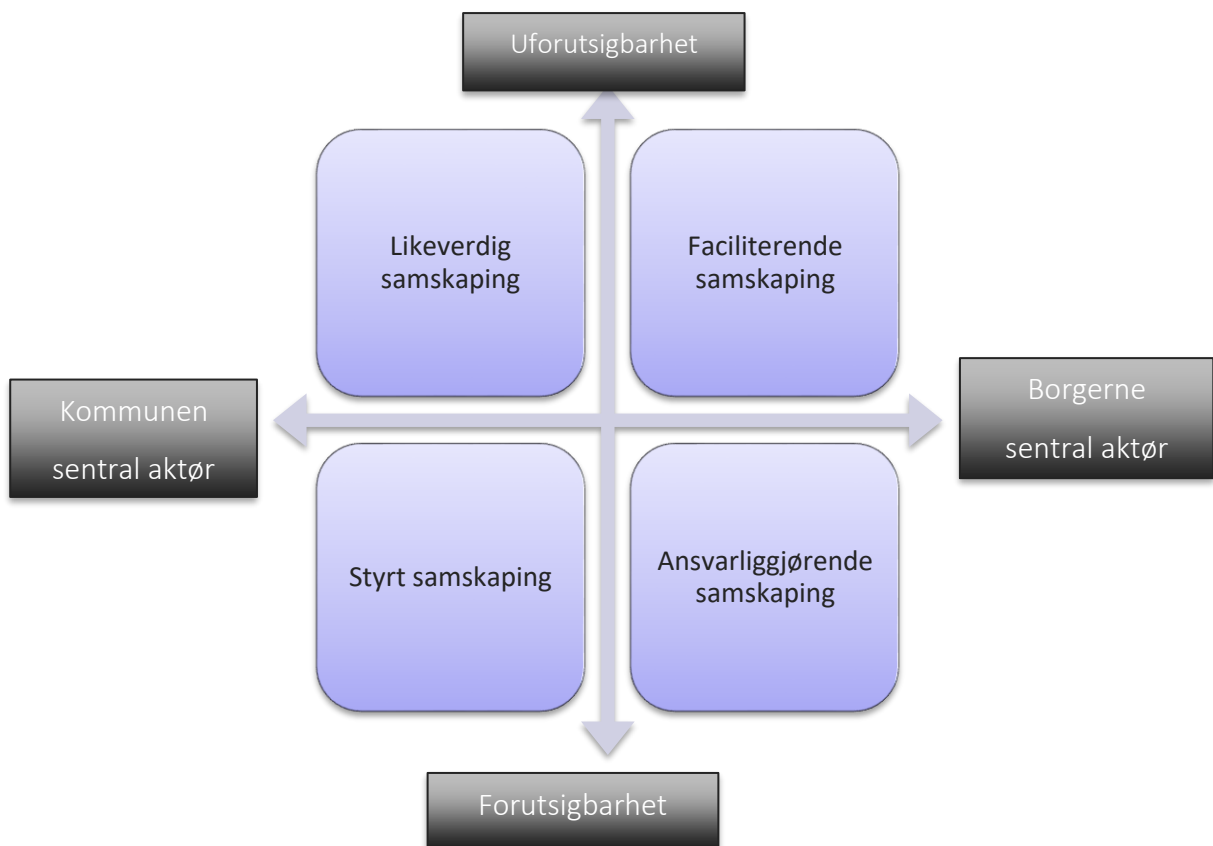


monitorering av ansatte, fokus på økonomiske midler og resultat og borgere betraktes som forbrukere. New public government kjennetegnet av tillitsbasert ledelse som innebærer medledelse, gjensidige tilbakemeldinger og empowerment (Krogh et al, 2020). Denne formen for ledelse kan øke ansattes motivasjon og engasjement i å løse sosiale problemer og skape innovative løsninger. Målet er å øke effektivitet, effekt og kvalitet gjennom ressursmobilisering og innovasjon. I New public government er det fokus på at komplekse utfordringer nødvendiggjør tverrfaglige og tverrorganisatoriske løsninger hvor fokus på samarbeid og borgerens aktive rolle i samskapingen brukes til å fornye offentlige tjenester (Krogh et al., 2020). Dette innebærer å bevege seg i retning fra å kreve, bestille og kontrollere til å mobilisere og tilrettelegge prosesser (Kobro, 2017).

Tidligere var borgerinvolvering først og fremst knyttet til å sikre demokratiet, mens i nyere tid har borgerinvolvering i økende grad handlet om å involvere de i utviklingen av ny offentlig politikk og med et ønske om å skape innovasjon (Agger og Lund, 2011). Dette er en endring fra tidligere hvor man først og fremst anså eksperter innen eget fagfelt som kilder til å skape innovasjon. Presset på offentlig sektor er økende og oppgavene er stadig mer komplekse. En del av de nye utfordringene samfunnet står overfor krever innovasjon fordi det er uklart og for ressurskrevende og komplisert for det offentlige å løse alene (Willumsen et al, 2020). Det er derfor behov for å sette i gang styringsprosesser hvor borgere med sin erfaringsbaserte kunnskap spiller en aktiv rolle som medskapere (Agger og Lund, 2011). Eksempel på måter å gjøre dette kan være i form av å involvere borgere i å definere problem- og innsatsområder i lokalmiljøet gjennom for eksempel borgermøter og arbeidsgrupper, hvor borgerne selv definerer visjon for arbeidet, noe som kan skape en sterk eierskapsfølelse samt at borgerens kontekstrelaterte viten kan bidra til innovativ implementering av prosjektet (Agger og Lund, 2011).

I typologien illustrert i figur 2 på neste side, identifiserer Pedersen-Ulrich (2016) fire ulike typer samskaping basert på hvor forutsigbar prosessen er og hvem som er den sentrale aktør. I *styrt samskaping* er det kommunen som definerer, avgrensner og bestemmer hva samskapingen skal omhandle, gjerne basert på en politisk beslutning eller deres egen fagekspertise, og prosessen og utfallet av denne er forutsigbar. I *ansvarliggjørende samskaping* er ønsket utfall av samskapingen også definert av kommunen, men til forskjell fra styrt samskaping hvor kommunen er en sentral aktør, er det borgeren som her er den sentrale aktøren. Dette kan for eksempel omhandle kommunale oppgaver og mål hvor kommunen ikke ønsker å løse selv

og/eller er avhengig av andre interessenter for å nå. I *likeverdig samskaping* spiller kommunale aktører en sentral rolle, men utfallet er mer uforutsigbart da kommunen inviterer borgere inn for å utforske en problemstilling. Kommunen deltar med egen fagekspertise, men borgernes stemme veier like tungt i prosessen. I *fasiliterende samskaping* er det borgerne som sitter i førersetet gjennom hele prosessen og utfallet er uforutsigbart. Kommunen bidrar som en fasilitator og sørger for velferdsstatens grunnprinsipper overholdes, som at maktfordeling og likeverdighetsprinsippet ivaretas i samskappingsprosessen (Pedersen-Ulrich, 2016; Heimburg og Hofstad, 2019, s 37).



Figur 2. Samskapingstypologi basert på Pedersen-Ulrich (2016).

#### 2.4.1 Idealet om samskaping og dens mulige slagside

Samskaping og sosial innovasjon kan forstås som begreper med «positivt ladede forteng». Jenhaug (2020a) stiller i sin doktoravhandling likevel spørsmål til hvem samskaping er til

nytte for og advarer mot en fare for harmonisering av begrepet som gjør at samfunnet anvender begrepet uten å stille kritiske spørsmål. Hun fremmer diskursen om faren for at samfunnet under fordekkelse av samskappingsbegrepet, kan manipulere og disiplinere borgere, i dette tilfelle pårørende, inn en rolle definert av tjenesten om hva en «god» borger er. Førsund og Ytrehus (2017) advarer mot å påtvinge pårørende roller som kan virke fremmede, og fremhever at pårørende trenger støtte ut i fra den rollen de velger å innta, men samtidig peker de på at pårørende kan ha problemer med å finne sin plass som skaper rom for samhandling i fremmede omgivelser, og dermed vil kunne trenge støtte i prosessen med å etablere sin rolle (Førsund og Ytrehus, 2017, s 117). Jenhaug (2020a) fremmer videre viktigheten av å sette søkelys på krysspisset mellom den offentlige og de pårørendes interesser og verdier, altså hva den egentlige bakgrunnen for samskaping er. Som vist innledningsvis er velferdssamfunnet under press og sosial innovasjon og samskaping kan være metoder som kan bidra til samfunnets bærekraftighet. Ansatte får dermed i oppgave å tilrettelegge for involvering og samskaping på bakgrunn av dette premisset. Involvering av pårørende med tanke på økt empowerment og samskaping, blir dermed ikke et mål i seg selv, men et middel for å nå det overordnede målet som er økt verdiskapning i samfunnet (Jenhaug, 2020a). Motivasjon for samarbeid er vist å være viktig for relasjonen og ansatte som blir stående i et krysspiss som beskrevet kan dermed risikere at det går utover relasjonen til den pårørende (Cornwall, 2018; Jenhaug, 2020b). Dersom pårørendes ønsker og behov ikke er i samsvar med tjenestens plikter til å ivareta offentlig verdiskapning, kan det tenkes at de som følge av det kan oppleves som «vanskelige» av tjenesten. Dette er det Jenhaug (2020b) omtaler som «twisted value propositions». Faren med dette er at brukersiden tilsynelatende i økende grad involveres i samskapende praksis, men at deres forslag og innspill gjennom byråkratiske teknikker som forståelse, støtte og oppmuntring, vris i retning av det som er tjenestens plikter i å ivareta offentlige interesser.

Holmen (2020) stiller i likhet med Jenhaug (2020a) spørsmål til hvor den kritiske røsten til utviklingstakten til begrepet befinner seg, men i motsetning til Jenhaug (2020a) peker hun på faren ved at selve innovasjonsprosessen kan bli målet for samskapingen og at bærekraftige løsninger for samfunnet blir sekundært og dermed kan ha lav nytteverdi (Holmen, 2020). Sosial innovasjon og samskaping utfordrer, oppløser, flytter og setter nye grenser, og kan bidra til å diskutere og kritisere eksisterende forskning (Aakjær et al, 2020). Som Torfing (2011) fremhever er en utfordring for muligheten til å skape innovasjon i det byråkratiske system at beslutninger som regel treffes i toppen av hierarkiet og implementeres i bunnen. I

tillegg kan personalets spesielle fagprofesjon hindre tverrgående kommunikasjon og læring da profesjoner som er ansatt i offentlig byråkrati ofte kan lukke seg rundt sin egen faglighet (Torfing, 2011). Studier viser at fagprofesjonelle i høy grad er vant til selvbestemmelse og mulighet for faglig påvirkning. Det kan dermed være vanskelig å akseptere kunnskap som ikke er faglig fundert i oppgaveløsningen og samarbeidsdrevet innovasjon kan dermed utfordre deres oppfattelse av kvalitet (Sehested og Leonardsen, 2011). Jenhaug (2020b) presenterer som del av sin doktoravhandling ansattes motstand mot brukeres ideer i offentlig innovasjon i et maktperspektiv. Et funn i avhandlingen var at tross at helsepersonells rolle er forandret fra å inneha en myndighetsrolle i kraft av sin posisjon, til nå å være en samarbeidspartner og fasilitatorer, er dette noe de ansatte selv ikke vet eller forstår. Dette gir seg uttrykk i å betegne pårørende som blant annet vanskelige om de utfordrer helsepersonellens syn, eller ansvarlige om de handler på en måte som virker avlastende på omsorgsoppgavene. Ved å klassifisere pårørende på ulike måter, bekrefter helsepersonellet sin rolle som eksperter og pårørende som ikke-likestilte (Jenhaug, 2020b).

## **2.5 Sammenhengen mellom samskaping og empowerment**

Demokratiske styringsformer, likeverdig deltagelse og kollektive prosesser, hvor sårbare borgergrupper myndiggjøres til aktive og likeverdige bidragsytrere i samfunnet er en forutsetning for et velfungerende samfunn (Hygum, Andersen, Petersen og Olsen, 2018). Dette innebærer at både borgere og profesjonelle endrer roller. Det mangler foreløpig empirisk grunnlag for å hevde, at samskaping i seg selv medfører empowerment, men det er allikevel grunn til å anta at styrket empowerment som resultat av samskaping kan skyldes at empowerment er en forutsetning for at delta i samskaping (Agger et al, 2018; Hygum et al, 2018). I følge Sørensen et al (2002) kan eksempler på måter å styrke empowerment på gruppenivå være å tilrettelegge for deltagelse og involvering gjennom for eksempel idédugnad og å stimulere til felleskap med andre i samme situasjon som kan styrke sosial støtte. Dette illustrer eksempel på å styrke empowerment gjennom det som kan beskrives som samskapingsprosesser.

Kobro (2017) beskriver forholdet mellom empowerment og samskaping som en form for fjerde dimensjon av sosialt entrepenørskap, men hvor empowerment handler ofte om at noen bemyndiger andre, så strekker samskaping seg enda lenger. Samskaping kan benyttes både i

input og outputfasen i innovasjon av velferdstjenester. I en inputfase vil det vesentlige for å oppnå reell samskaping være at personer som blir sterkt berørt av tjenesten har et reelt ansvar for å planlegge og designe den. I outputfasen vil det handle om å slippe den aktuelle målgruppen inn i selve produksjonen og leveransen av tjenesten (Kobro, 2017 s. 40).

Selv om ideen om samskaping er tuftet på ideen om å inkludere borgere i innovasjonsprosessen, kan arbeid med samskaping også bidra til ekskludering av sårbare grupper, og forsterke allerede privilegerte grupper til å oppnå enda mer innflytelse og makt. Samskapesprosesser som skal inkludere sårbare borgere krever derfor særlig oppmerksomhet og fasilitering av metoder som sikrer eierskap og innflytelse også fra disse gruppene (Hygum et al., 2018). Nyere forskning tyder likevel på at samskaping kan bidra til sosial utjevning og empowerment, og dermed bidra positivt til utjevning av helseforskjeller (Jakobsen og Andersen, 2013; Hygum et al 2018). En nøkkelfaktor til disse positive effektene er at arbeidet med samskaping tar høyde for å styrke kunnskap og eventuelle andre ressurser som er nødvendig for å delta i samskaping, også for mindre privilegerte grupper (Jakobsen og Andersen, 2013). Dette er i tråd med det grunnleggende ressursfokus i empowermentperspektivet, som er tuftet på en antakelse om at mennesker vil utvikle ferdigheter og evner som vil sikre et best mulig liv for seg selv og omgivelsene under rimelige betingelser (Sørensen et al, 2002; Green et al, 2015).

## 3 Metode

I dette kapitlet vil mine metodiske valg beskrives, hvordan studien ble planlagt og gjennomført samt hvordan jeg har analysert dataene.

### 3.1 Metodiske valg og design

Som datainnsamlingsmetode har jeg valgt et kvalitativt design med individuelle dybdeintervjuer. I samfunnsvitenskapelig metode skilles det mellom kvantitative og kvalitative forskningsmetoder. Gjennom kvantitative metoder forsøker man å kartlegge utbredelse av et fenomen gjennom å samle inn store mengder data fra mange informanter, mens i kvalitative metoder søkes det mer detaljert og nyansert informasjon om et fenomen gjennom språklige beskrivelser av et utvalg av relativt få informanter (Johannesen, Tufte og Christoffersen, 2010). Gjennom kvalitativ forskning vil vi få mulighet til innblikk i og forståelse for informantenes «livsverden» (Tjora, 2017, s. 114). Denne formen for datainnsamling kjennetegnes ved at informant og forsker har en dialog og data samles inn i form av ord, setninger og fortellinger (Jacobsen, 2016). Formålet er å forstå eller beskrive noe, og intervjuet er ofte mer en dialog enn rene spørsmål- og svareanser (Johannesen et al, 2010). Fordelen med å benytte kvalitativ metode er at det muliggjør å belyse kompleksitet og nyanser i sosiale fenomener. Det at informantene får være med på å forme hva som tas opp i intervjusituasjonen gjør at erfaringer og oppfatninger kan komme best mulig frem (Johannesen et al, 2010). Et kvalitativt design ble valgt fordi jeg søker å forstå hvordan helsepersonell opplever og erfarer arbeid med involvering av pårørende i bo- og omsorgssenter. Dette kan forstås som fortolkende spørsmål. Når en søker enkeltindividers fortolkning, forståelse av og mening om et fenomen eller ulike forhold, egner individuelle intervjuer seg godt (Jacobsen, 2016).

#### 3.1.1 Forforståelse og situering

På bakgrunn av mitt valg av et kvalitativt forskningsdesign må jeg som forsker være bevisst på hvordan jeg i min rolle og med min forforståelse påvirker både møtene med informantene, og i fortolkning av dataene. I hermeneutiske studier er det vår forforståelse som er utgangspunktet som gjør at forståelsesprosessen kan komme i gang og det er derfor viktig å reflektere over, tydeliggjøre og ta i bruk denne (Thomassen, 2006). Min stilling i

virksomheten skiller seg fra informantenes, noe som innebærer at jeg har med meg erfaringer og kunnskap fra et annet perspekt. Dette vil prege min forforståelse i møte med informantene. Som Edmund Husserl fremsatte, er all tenkning vi gjør tenkning om noe, om det er ting, dyr, fenomener eller mennesker (Neumann og Neumann, 2014). Forforståelse vil gjennom vitenskapelig undersøkelse settes på prøve, noe som gjør at vår forforståelse endres, korrigeres og ny kunnskap erverves (Thomassen 2006, s 171). Det har vært viktig for meg å reflektere over min forforståelse i forbindelse med utformelse av intervjuguide, ved gjennomføring av intervjuene og ved analyse av dataene. En fordel ved at jeg har en annen rolle enn informantene er at jeg lettere vil kunne forholde meg mest mulig objektivt ved å sette tilside antagelser, forforståelser og forventninger for at fenomenene i det som undersøkes klarest mulig kan tre frem (Thomassen, 2006). På en annen side ser jeg at det kan være en utfordring at jeg ikke har erfart temaet i praktisk hverdag med tanke på å kunne følge opp de spørsmålene og temaene som kan være viktig for kunnskapsproduksjon. Forskningsintervjuet er avhengig av intervjupersonens kunnskaper om temaet og ferdigheter i hvordan å stille gode spørsmål (Kvale og Brinkmann, 2012). I forkant av intervjuene har jeg satt meg inn i forskningslitteratur og litteratur om temaet. Samtidig har jeg gjennom hele prosessen vært bevisst på å reflektere rundt min forforståelse og hvordan denne påvirker intervjusituasjonen og min fortolkning av dataene. Dette ble for eksempel gjort gjennom å loggføre umiddelbare tanker fra intervjusituasjonene samt erfaringer som opplevdes viktig å ta med til neste intervjusituasjon.

## **3.2 Datainnsamling**

På bakgrunn av valg av problemstilling som omhandler å utforske helsepersonells perspektiv på pårørendeinvolvering ønsket jeg å gjennomføre intervjuer med helsepersonell som arbeidet ved bo- og omsorgssenter. Som Jacobsen (2016) fremsetter er kriterer for valg av respondenter i kvalitative metoder tett knyttet opp til problemstillingen og dermed formålsstyrt. Jeg ønsket omtrent like mange respondenter fra begge faggruppene for å forsøke og få et bredere perspektiv. For å få tak i informanter sendte jeg ut kortfattet informasjon om studien til avdelingslederne for de ulike bo- og omsorgssentrene i virksomheten jeg er ansatt, som videreformidlet dette til de ansatte. De som meldte interesse fikk utdelt informasjonsbrev med mer utfyllende informasjon om studien og om sine rettigheter. I informasjonsskrivet ble det informert om tema, problemstilling og forskningsspørsmål i den hensikt at de skulle være litt forberedt på temaet i forkant av intervjuene. Jeg mottok lite respons ved oppstart og

valgte derfor å spørre noen av de ansatte direkte. De øvrige informantene tok kontakt på eget initiativ. Jeg fikk totalt seks informanter som var ansatt fra fem ulike bo- og omsorgssentre i samme virksomhet.

### 3.2.1 Intervjugjennomføringen

Jeg lot det være opp til informantene å bestemme lokale etter hvor de opplevde det som mest komfortabelt å være. Det skilles ofte mellom naturlige og kunstige intervjusteder i metodelitteraturen og et naturlig sted å gjennomføre intervjuene vil være der informantene «føler seg hjemme» (Jacobsen, 2016). To av intervjuene ble gjennomført i informantenes hjem, et i et lånt og nøytralt lokale, et ble gjennomført digitalt og to på arbeidsplassen til informantene. Alle kontekster vil påvirke intervjuene i en eller annen form og det er intervjuers oppgave å være bevisst på hvordan situasjonen kan påvirke den informasjonen som fremkommer gjennom et intervju (Jacobsen, 2016). I et av intervjuene som foregikk på arbeidsplassen, ble informant avbrutt av telefon i løpet av intervjuet og det kan tenkes at dette påvirket informantens konsentrasjon og fokus i intervjusituasjonen. Jeg opplevde at intervjuene som foregikk i informantenes hjem og i nøytralt lokale gav mer ro enn de som ble gjennomført på arbeidsplassen og digitalt. Det var også disse intervjuene som varte lengst. Det første intervjuet ble avtalt å være et prøveintervju, men siden informant var helsepersonell i virksomheten ble det samtidig avtalt at dataene kunne bli benyttet dersom intervjuet fungerte godt. Da intervjuet fungerte godt, ble det avtalt etter samtykke fra informant å benytte dataene som en del av den helhetlige datainnsamlingen.

Jeg startet intervjuene med å presentere bakgrunn for studien. Informantenes rettigheter ble gjennomgått og de ble informert om at de når som helst kunne velge å trekke seg fra studien. Videre ble taushetsplikt gjennomgått og underskrevet. Hensikten med innledningen var at informantene skulle være tilstrekkelig informert om studien samt skape en trygg atmosfære. I og med at jeg er ansatt i samme virksomhet som informantene, ble det presisert før oppstart at jeg som intervjuer har rollen som student og ikke kollega. Intervjuene ble dokumentert med lydopptak og skriftlige notater og hvert intervju varte i ca. 1 time. Jeg hadde utarbeidet en semistrukturert intervjuguide i forkant av intervjuene. I et semistrukturert intervju har forskeren utarbeidet en overordnet intervjuguide, mens temaer, spørsmål og rekkefølge kan varieres og forskeren kan bevege seg frem og tilbake i intervjuguiden (Johannesen et al, 2010, s 137). Jeg hadde utarbeidet noen overordnede temaer basert på problemstillingen og



forskningsspørsmålene, og jeg hadde i tillegg utformet noen hjelpespørsmål. Hensikten med spørsmålene var å få i gang dialog og inspirere informantene til å reflektere over sine erfaringer og opplevelser fra arbeid med pårørendeinvolvering. Intervjuer bør i intervjusituasjonen vise åpenhet for nye og uventede fenomener og være nysgjerrig for det som sies, så vel som for det som ikke sies (Johannesen et al, 2010). Jeg var bevisst på at intervjuguiden min var delvis strukturert og jeg hadde fokus på å følge opp informantenes svar og innskytelser med spørsmål i hensikt å kunne være åpen og utforskende til deres erfaringer og opplevelser. Jeg opplevde ved flere anledninger gjennom intervjuene at det var hensiktsmessig med bevegelse frem og tilbake i intervjuguiden, samt å bevege meg noe utenom intervjuguiden for å kunne følge opp de temaene informantene var opptatt av. Etter det første intervjuet innså jeg, på bakgrunn av informantens respons og innsikt i temaet, at jeg med fordel kunne justere intervjuguiden ved å legge til og ta bort noe. Dette illustrerer noe av det som formidles gjennom den hermeneutiske sirkel om at all fortolkning skjer i stadig bevegelse mellom helhet og del, mellom det man skal tolke, og den konteksten det tolkes i samt mellom det man skal tolke og vår egen fortforståelse (Johannesen et al, 2010, s. 364).

### **3.3 Dataanalyse**

I det følgende vil jeg beskrive hvordan jeg har transkribert og analysert dataene som fremkom fra intervjuet.

#### **3.3.1 Transkripsjonen og dens reliabilitet, validitet og etikk**

For å forberede lydopptakene til analysering gjennomførte jeg først transkripsjon av alle intervjuene. «Å transkribere betyr å transformere, skifte fra en form til en annen» (Kvale og Brinkmann (2012) s. 187). En utfordring med å transkribere fra tale til tekst er at kroppsspråk og lyd ikke kan gjengis autentisk skriftlig og det transkriberte resultatet kan dermed fremstå kunstig og lite dekkende for det som faktisk utspilte seg i intervjusituasjonen. Dersom forskeren gjennomfører «oversettelsen» fra intervju til skriftspråk selv unngår man å miste visuelle ledetråder og informasjon om stemninger i intervjuet (Tjora, 2017). Jeg gjennomførte transkriberingen selv og raskt etter jeg hadde gjennomført intervjuene. Dette for å ha informantenes kroppsspråk og det sosiale samspillet fra situasjonene friskt i minne. Jeg foretok transkriberingen ved å lytte til intervjuene og notere ned det som ble sagt så ordrett som mulig. Transkriberingen resulterte i 81 sider tekst.

Lydopptaker var plassert på en måte som sikret god lyd kvalitet i de fleste av intervjuene. Et av intervjuene måtte av praktiske hensyn gjennomføres digitalt, og lydopptaket fremsto som følge av det noe svakere i lyd. I de tilfellene lydopptakene var utydelige, lyttet jeg til opptaket flere ganger for å forsikre meg om at jeg beskrev det som ble sagt riktig. Alle ord ble tatt med i transkriberingen, også fyllord som «eh» og «mhm». Latter og lengre pauser ble markert. Jeg tenkte nøye over plassering av komma, punktum og andre tegn i den hensikt å gjengi informantens utsagn mest mulig korrekt (Kvale og Brinkmann, 2012). Da informantene i denne studien var helsepersonell brukte de innimellom helsefaglige begreper som «personsentrert omsorg» og navn på legemidler. Jeg er kjent med flere begreper, men utforsket gjennom spørsmål dersom jeg lurte på betydningen av noe de sa. Lydopptak, transkriberte notater og navn på intervjuobjektene ble lagret på privat pc beskyttet av passord og de vil slettes etter gjennomført masterstudie. Intervjupersonene har ikke lest de ferdige transkripsjonene da egen gjengitt tale i skriftlig form kan oppleves forvirrende og usammenhengende (Kvale og Brinkmann, 2012). Jeg forsøkte å sikre så langt som mulig at jeg oppfattet informantens uttalelser korrekt ved å jevnlig gjengi min oppfatning av det de sa. Hensikten med dette var at informantene kunne få mulighet til å korrige eller bekrefte min oppfattelse av det de formidlet.

### 3.3.2 Dataanalyseprosessen

I studien ble det gjennomført et intensivt undersøkelsesopplegg, noe som innebærer å gå i dybden på et fenomen og studere mange nyanser med få enheter (Jacobsen, 2016). En kvalitativ studie med et intensivt opplegg er en studie som tar utgangspunkt i de som blir studert, deres forståelse og den konteksten de inngår i, noe som medfører at undersøkelsen scorer høyt på intern gyldighet. Videre er den kjennetegnet av åpenhet og metoden er induktiv (Jacobsen 2016). Det innebærer at kategoriene skal springe ut fra undersøkelsen og ikke være noe jeg som intervjuer har satt opp på forhånd.

Gjennom min analyse valgte jeg å la meg inspirere av de seks fasene i tematisk analyse av Braun og Clarke (2006) og av Malteruds metode for systemisk tekstkondensasjon (2012). Jeg har gjennomført analysen i to omganger med noen ukers mellomrom. I den første runden av analysen tok jeg utgangspunkt i de seks fasene i tematisk analyse fra Braun og Clarke (2006). De seks fasene består av å bli kjent med dataene, generere koder, søke hovedtemaer, teste

hovedtemaene mot de genererte kodene, definere og navngi temaene og endelig produsere en sammenhengende tekst. En fordel med tematisk analyse er at det er fleksibelt og anvendelig analyseverktøy som potensielt kan resultere i rik og detaljert, men samtidig kompleks mengde data (Braun og Clarke, 2006). I tråd med denne metoden, startet jeg å gjøre meg godt kjent med dataene, ved å lese igjennom de transkriberte intervjuene flere ganger. Jeg noterte tanker jeg gjorde meg underveis og streket under interessante funn. Etter dette startet jeg med å systematisk kode funn på mikronivå i transkripsjonene fra alle intervjuene. Jeg sto da igjen med 81 koder som jeg sammenfattet all relevant data under. Deretter gjennomgikk jeg kodene grundig og ekstraherte og klassifiserte ut 6 overordnede temaer som jeg samlet tilhørende data til. Jeg testet deretter dataene opp mot temaene og lagde tankekart rundt hvert hovedtema for å sikre at de fanget opp det sentrale aspektene fra dataene. I denne fasen av prosessen innså jeg at et par av temaene med fordel kunne slås sammen. Jeg sto da igjen med 4 hovedtemaer fra analysen. Jeg opplevde å stå igjen med svært mye tekst etter denne fasen av analysen. Jeg hadde behov for å bli enda bedre kjent med dataene samt kondensere teksten til mer håndterlige innhold og jeg valgte derfor å gjennomføre analysen en gang til.

I andre runde av analysen valgte jeg å ta utgangspunkt i Kirsti Malteruds metode for systemisk tekstkondensjon (Malterud, 2012). Metode for systemisk tekstkondensasjon er inspirert av metoder for fenomenologisk analyse og består av fire steg (Malterud, 2012). Første steg er å danne seg oversikt over teksten gjennom å bli kjent med dataene for å kunne trekke ut hovedtemaer fra teksten. Neste steg er å identifisere og sortere ut betydningsfull data gjennom å kode meningsenheter i teksten og knytte disse opp mot hovedtemaene. Deretter gjennomføres tekstkondensering og endelig produseres en sammenhengende tekst basert på den gjennomførte tekstkondenseringen (Malterud, 2012). I tråd med denne metoden startet jeg med å lese alle intervjuene på nytt for å danne meg et tilstrekkelig inntrykk til å kunne trekke ut noen hovedtemaer. Jeg fant fem hovedtemaer som jeg utformet tankekart rundt og jeg noterte ned tanker om hva de ulike temaene handlet om basert på mine inntrykk fra innholdet i datamaterialet. Deretter kodet jeg meningsenheter fra teksten systematisk og knyttet kodene opp mot hvert av de fem undertemaene. Gjennom denne prosessen innså jeg at to av temaene med fordel kunne slås sammen og jeg endte da opp med 32 koder og 4 hovedtemaer. Jeg organiserte meningsenheter, koder og hovedtemaer i en tabell, hvor jeg deretter kondenserte teksten til en håndterlig og meningsfull tekst. I tabell 1 illustreres det gjennom eksempler, hvordan jeg jobbet systematisk i denne prosessen. Jeg produserte deretter en sammenhengende

beskrivelse basert på den kondenserte teksten og sitater fra informantene som presenteres senere i oppgaven.

<b>Meningsenheter:</b>	<b>Kondensert tekst</b>	<b>Kode</b>	<b>Tema</b>
Informant 1: «Jeg tenker det at familien skal være en lagspiller for oss, og at vi kan ehh, egentlig at det skal være en toveiskommunikasjon da. En forståelse mellom hva vi driver med og dems forventninger, hva de..»	Pårørende skal være en lagspiller for de ansatte og forventningene skal være avklarte.	Lagspiller	Samhandling
Informant 2: «Da tenker jeg at det at familien og pårørende får være mer delaktig i det som skjer i en bolig, kanskje ta mere ansvar for sine, at det ikke bare er personalet og eh holdt på å si kommunen da som skal ta ansvaret, men at pårørende får lov å, eller får mer ansvar».	Pårørende får være mer delaktige. Fordele ansvar mellom kommunen og pårørende.	Dele ansvar	
<b>Meningsenheter:</b>	<b>Kondensert tekst</b>	<b>Kode</b>	<b>Tema</b>
Informant 1: «Men hvis vi skal få den gode kommunikasjonen, så må vi ha tid til å se de pårørende da, for at vi skal klare å lage en sånn plattform eller hva skal man kalle det for, et eller annet sånt tillitsforhold da. De må på en måte, at de kanskje etter hvert forstår at vi også vil at mamma Gudrun skal ha det kjempebra».	Ansatte må ha tid til å se pårørende for å kunne skape et tillitsforhold som gjør at de pårørende forstår at de ansatte ønsker det beste for beboer.	Verdighet	Kvalitet i relasjon
Informant 2: «Så kjenner en jo på dette her med tilkortkommenhet også fordi at en noen ganger møter pårørende som krever veldig mye av ansatte og liksom hver gang de er innom på besøk så er det et eller annet å kritisere».	Mye kritikk fra pårørende kan gjøre at en føler på en tilkortkommenhet.	Kritiske pårørende	Barrierer for motivasjon

Tabell 1, eksempel fra arbeid med analyse basert på Malteruds systematiske tekstkondensjon(2012).

### 3.4 Forskningsetikk

Jeg søkte Norsk senter for forskningsdata (NSD) i forkant av oppstart av forskningsstudien, og godkjennelse foreligger. Jeg innhentet samtykke fra samtlige av informantene. Jeg har oversikt over informantenes navn for å kunne skille data fra hverandre, men disse og lydfiler

fra intervjuene ligger adskilt fra øvrige data. Informantene fikk informasjon om prosjektet og mulige konsekvenser ved deltagelse ble utsendt på epost når de meldte sin interesse. De ble også informert skriftlig og muntlig om at deltagelse var frivillige og at de når som helst kunne trekke seg. Transkripsjon fra intervjuene og andre intervjunotater har ikke vært og skal ikke være tilgjengelig for andre og informasjon fra intervjuene er gjengitt anonymt i oppgaven (Kvale og Brinkmann, 2012).

Jeg valgte å gjennomføre forskningsstudien på egen arbeidsplass. I oppstarten av en intervjuundersøkelse bør forskeren reflektere over etiske spørsmål knyttet til informert samtykke, fortrolighet, konsekvenser og forskerens rolle (Kvale og Brinkmann, 2012 s. 86). Jeg reflekterte blant annet over min rolle som ansatt i samme virksomhet og hvordan det kunne påvirke informantene og intervjusituasjonen. På bakgrunn av at jeg hverken har en lederposisjon som kunne utfordret maktforhold og at jeg har en annen rolle som innebærer at jeg ikke jobber tett på informantene i hverdagen, vurderte jeg det som forsvarlig å gjennomføre studien på egen arbeidsplass. Jeg minnet hver av informantene i oppstarten av intervjuet om at jeg gjennomførte studien som student og ikke som kollega og ansatt.

#### 3.4.1 Metodekritikk

Det ble gjennomført et intensivt undersøkelseopplegg noe som innebærer at den scorer høyt på intern gyldighet ved at informantene kan kjenne seg igjen i beskrivelsene og oppleve dem som relevante, men studien kan ikke generaliseres til større populasjoner (Jacobsen, 2016, s. 91). Studien er gjennomført ved flere bo- og omsorgssentre i en virksomhet i en kommune. Det er mulig at jeg ved å gjennomføre intervjuer med informanter fra ulike virksomheter og fra flere kommuner ville fått et bredere perspektiv. Allikevel er informantene spredt fra ulike bo- og omsorgssentre, som inntil nylig var organisert i to virksomheter. Det er derfor sannsynlig at informantene har noe ulikt perspektiv på temaet basert på deres erfaring fra eget bo- og omsorgssenter. Målet mitt var å intervju 6-8 informanter. På bakgrunn av at det ikke var flere informanter som meldte interesse for å delta etter lengre tid med annonsering, valgte jeg å gjennomføre studien med seks informanter. Jeg opplevde igjennom analysen at det var noen temaer som manifisterte seg gjentatte ganger og jeg tror den gjennomførte studien kan bidra med noe nyttig kunnskap om tematikken.

Jeg vil som forsker kunne påvirke påliteligheten i intervjusituasjon og analyse fordi jeg bruker meg selv som instrument. I kvalitativ forskning er det samtalen som styrer datainnsamlingen, forskeren bruker seg selv med sin erfaringsbakgrunn og observasjonene som gjøres er klart verdiladet og kontekstavhengig (Johannesen et al, 2010). Jeg har gjennom studien vært bevisst på og reflektert over dette og jeg har som beskrevet gjennom dette kapitlet hatt fokus på å følge etiske retningslinjer, noe jeg opplever å ha mestret dette godt. Jeg har satt meg inn tidligere forskning og teori i forberedelse av prosjektet og jeg har forsøkt å gi en så åpen og detaljert fremstilling av fremgangsmåten for forskningsprosessen som mulig (Johannesen et al, 2010, s 230). Studien kan vise et lite utsnitt av forhold som kan ha betydning for pårørendeinvolvering i bo- og omsorgssenter og jeg håper den kan gi noen impulser til hvordan organisere bo- og omsorgssenter i tråd med kommune 3.0, hvor samskaping av velferdstjenester står sentralt.

## 4 Resultater

I kapittel 4 vil resultatene fra studien representeres. Det vil først gis en kort beskrivelse av informantene og oversikt over innhold i kapittelet. Temaene som utpekte seg etter analysen vil bli fremstilt i fire kapitler med underkategorier.

*Informantene:* Besto av seks personer som var representert fra fem ulike bo- og omsorgssenter i samme virksomhet. Tre av informantene var helsefagarbeidere, en var sykepleierstudent og to var sykepleiere. Deres erfaringstid fra å være ansatt i bo- og omsorgssenter spente seg fra 2 til 35 år, med en gjennomsnittlig erfaringstid på 16 år.

*Kapittel 4.1: «Betydning av samhandling som en måte å forstå pårørendeinvolvering»* - handler om helsepersonellens forståelse av begrepet pårørendeinvolvering og hvordan de beskriver dette som ulike måter å samhandle med pårørende på.

*I Kapittel 4.2: «Betydning av kvalitet i relasjon for motivasjon i arbeidet med pårørendeinvolvering»* - handler om helsepersonells erfaringer med hvordan de opplever møtene med familiene og hvordan det kan virke som motivasjon i arbeidet.

*Kapittel 4.3: «betydning av barrierer for motivasjon i arbeid med pårørendeinvolvering»* - Handler om helsepersonells erfaringer med å møte pårørende som fremsetter kritikk og det som kan oppleves som urealistiske forventninger.

*Kapittel 4.4: «Betydning av mulighetsbetingelser for arbeid med pårørendeinvolvering»* - Handler om helsepersonellens strukturelle forutsetninger for å kunne utføre arbeid med familieinvolvering.

Sitater fra informantene skrives i kursiv med anførselstegn. Parantes med tre punktum markerer utteltatte, ikke-relevante uttalelser som er tatt ut fra sitatet.

## 4.1 Betydning av samhandling som en måte å forstå pårørendeinvolvering

Informantene formidlet at pårørendeinvolvering fordrer pårørende som viser engasjement og interesse for beboer. På spørsmål om hvordan de forstår begrepet og sin egen rolle i forbindelse med pårørendeinvolvering, formidlet informantene at det handlet om det jeg har valgt å beskrive som ulike former for samhandling. Begrepet samhandling er et uttrykk for at de involverte arbeider sammen om å løse felles omforente mål (helse og omsorgsdepartementet, 2009). I dette tilfellet at informantene beskriver ulike måter å arbeide sammen med pårørende mot felles mål som omhandler å ivareta beboers helse og velvære i bo- og omsorgssenteret.

### 4.1.1 Lagspiller og ressurs

Noen av informantene brukte begrepet **lagspiller eller å spille på lag** for å beskrive måten de samhandlet med de pårørende. Denne formen for kommunikasjon ble beskrevet å bidra til forståelse for hverandres oppgaver og **avklarte forventninger** samt en måte å kommunisere på som kan bygge bro og forebygge konflikter. Det ble fremhevet som viktig at familien føler seg betydningsfulle og trygge på at de har støtte fra personalet for å kunne bidra som en ressurs. Det ble beskrevet at pårørende som **kjenner avdelingen godt** og har **god kommunikasjon med de ansatte** også involverer seg mest.

*Inf 6: “Vi snakker jo veldig, alltid om dette med å ha, at vi skal spille på lag, det er en av de tinga som jeg synes er en god kommunikasjonsform for å sikre oss at vi er på rett spor begge to da, spille på lag da, og at vi ikke klarer jobben vår, eller vi gjør en dårligere jobb hvis vi ikke klarer å spille på lag med pårørende (...)”.*

*Inf 1: “Jeg tenker det at familien skal være en lagspiller for oss, og at vi kan, egentlig at det skal være en toveiskommunikasjon da. En forståelse mellom hva vi driver med og dems forventninger»*

Flere av informantene var opptatt av hvordan pårørende på ulike måter kan fungere som **ressurs**.



*Inf 1: «Egentlig kanskje at vi skal, jeg vet ikke egentlig om jeg forstår det helt riktig, men jeg tenker at vi skal se på pårørende som en ressurs og ikke at vi nødvendigvis gjør de en tjeneste».*

En måte informantene beskrev at pårørende kunne bidra som ressurs var som **kilde til beboers livshistorie**. Dette ble beskrevet som verdifull informasjon som er viktig for de ansatte for å klare og forstå beboer, samt for å kunne møte vedkommendes behov for personsentrert pleie. Fortellingene fra tidligere liv ble det beskrevet at helsepersonellet kunne ta opp i andre sammenhenger for å få i gang en samtale med beboer, noe som kan skape et «pusterom» fra det som er vanskelig.

*Inf 2: «(...) Hvis ikke beboer sjøl kan fortelle så mye så er jo **pårørende den viktigste kilden da til livshistorien** til den som kommer inn og det er jo og en hjelp for personalet å få en livshistorie for å lære å kjenne beboer så godt som mulig og liksom se andre sider da enn det du ser når du er i en hjelpesituasjon eller har veldig stort behov for hjelp.»*

*Inf 4: «Jeg tenker jo at det er veldig viktig både for pasientens identitet og at personalet, **vi får mer kunnskap om pasienten gjennom pårørende som gir personsentrert pleie da**, og det er jo en måte å innhente informasjon om pasienten på å tenker jeg».*

Det fremkom også at de pårørende kan ha en viktig rolle som støtte for beboere, da familien ofte kjenner beboer best og kan hjelpe beboer til å forstå, berolige ved urolighet og forklare personalet hva normaltilstand for beboer er.

*Inf 5: « (...) da var det en beboer som er ganske forvirret som ikke vil signere og da tok vi i bruk sønnen som han stoler på og som kunne forklare dette her på en bedre måte enn hva vi klarte da for å få en signatur, for han ønsket jo å signere når han bare skjønnte hva det dreide seg om da».*

Det ble også beskrevet som spennende å bli kjent med personen «bak sykdommen» og at de gjennom pårørendes informasjon om tidligere liv får se en annen side av beboer.

*Inf 2: «(...) Så sann føler jeg i hvert fall at det er kjempeviktig med den kontakten da, med pårørende, å få et annet syn på beboeren, se det friske. Og han som da hadde så stor kognitiv*

*svikt og så når du begynte å snakke med han om jakt og fiske da var han jo på hjemmebane. Sjøl om jeg ikke har så mye greie på det så kunne jeg i hvert fall høre på han og stille spørsmål og».*

Det kunne virke som det var en etablert praksis i bo- og omsorgssenteret å **involvere de pårørende i sykdomsforløpet** til beboer, da de fleste av informantene formidlet informasjon om dette. Hensikten ble beskrevet å både være for å holde pårørende løpende informert om endringer i beboers tilstand, men også som **ressurs** i vurdering tilstanden.

*Inf 6: «(...) vi er jo kjappe til å være på telefon hvis det er en endring i den helsemessig situasjon, ting vi har behov for å drøfte med de til mors eller fars beste. (...) Nei det kan være både i forhold til, ja nesten altså det er ikke vi som behandler, det er legen som har sitt område, men hva de tror i forhold til behandlingsnivå, hva de tror om ernæring, hvor mye skal vi pushe, har mor sagt noe om det? At det kan være bakgrunnsopplysninger som er viktige at kommer fram da».*

*Inf 4: «Vel egentlig ingen særlige forventninger bortsett fra når det er liksom endring i sykdom og akutte ting som oppstår da, så har vi jo plikt til å informere pårørende, men ja (...)».*

Det fremkom videre informasjon om at det er noen pårørende som kun vil ha informasjon dersom det skjer noe akutt eller endring i funksjonsnivået til beboer og ønsket ingen involvering utover dette.

*Inf 4: « Så du har jo pårørende som vil «ikke ring meg så lenge det ikke skjer noe viktig», men de fleste vil jo bli informert hvis det er noe endring i funksjonsnivået eller hvis det er noe akutt som skjer da».*

#### 4.1.2 Dele ansvar

Å **dele ansvar** mellom kommunen og de pårørende ble trukket frem som en av måtene å forstå pårørendeinvolvering på.

Inf 2: «*da tenker jeg at familien og pårørende får være mer delaktige i det som skjer i en bolig, kanskje ta mere ansvar for sine, at det ikke bare er personalet og holdt på å si kommunen da som skal ta ansvaret, men at pårørende får lov å, eller får mer ansvar*».

Det ble formidlet at bo- og omsorgssenteret er avhengig av at pårørende stiller opp og tar ansvar for en del oppgaver som ikke omhandler helsefaglige oppgaver.

Inf 2: «*(...)Altså det å servere middag det hadde og vært kjempefint, men jeg skjønner jo at det er vanskelig i hverdagen. Eller komme inn og lage lunsj for den del. For i dag er det jo sånn at personalet får mer og mer oppgaver. Det er jo ikke bare beboeren lenger som er i fokus sånn at ofte er det jo det en føler en har minst tid til av og til, at det blir liksom bare det grunnleggende da, at det blir bare stell og mat.. Og mange andre ting på en måte, at en ikke har tid til det dessverre, så det er kanskje der pårørende må mer inn da, for å fylle de andre behova*».

Inf 5: «*Her på omsorgssenteret så er vi jo avhengig av familien og har et godt og tett samarbeid med dem, så det jeg tenker det handler om er at må også stille opp litt. Både når det gjelder praktiske ting og hente medisiner på apoteket og sånne ting vi ikke får gjort, men også det å være til støtte til moren eller faren (...)*».

Inf 6: «*(...) det betyr ganske mye at pårørende er delaktige altså, det gjør jo faktisk det, at de bidrar inn, at de kommer (...) ja motivasjonen inn i vårt arbeid da, at vi ikke står alene, altså vi står jo alene med ansvaret sånn sykepleiefaglig, men alt det andre som dreier seg om livet det klarer vi jo ikke å ta det totale ansvaret for, det er jo ikke, det er jo ikke lagt opp til verken tid eller (...)*».

Det ble trukket frem som eksempel at familien i større grad kunne tatt ansvar for fysiske, kulturelle og sosiale aktiviteter med beboere, da personalet sjelden har tid til å gjøre dette i hverdagen.

Inf 2: «*(...) men hvis pårørende kunne vært mer sånn at de hadde kommet og tatt med seg sine egne på en liten tur, trille en tur med rullestolen, kunne ha kommet og vært med kaffen, en ettermiddag, vært i fellesskapet litt mer sosialt, kommet og hatt spillkvelder med beboere (...)*».

Informant fortalte videre om en urealisert idé som handlet om å lage grupper av

pårørende som kunne ta ansvar for ulike aktiviteter med beboerne gjennom året, «(...) fra gå på kino, på kafé, kanskje bare være på huset, gjøre noe hyggelig sammen, pårørende kommer med hjemmebakst til kaffen (...)».

Inf 1: «(...) jeg forventer kanskje ikke at de skal stå da og ta seg av, stille opp for en hel avdeling, men at det skal være trygt og at de skal vite at det er viktig at de blir backet opp hvis de tar med seg sine på tur, på kino og restaurant. For det hjelper jo oss som jobber, at de kan gi opplevelser som vi ikke har tid til».

Det ble trukket frem at det burde vært mer fokus på å avklare hvilke oppgaver pårørende kan bidra med i de første samtalene som avholdes med de pårørende.

Inf 2: «Pårørende, hva kan dere bidra med mens mor eller far bor her? Hva tenker dere om det? Ikke som bare for.. Ofte har dem lett for å spørre om hva som er viktig for deg ikke sant? Og så i den forbindelse så er det jo personalet som tenker at de må imøtekomme disse behovene og det er veldig viktig, men det går an å spørre pårørende og liksom, hva er viktig for deg? Hva kan du bidra med for at beboer skal ha det så bra som mulig da?»

Det ble formidlet fra noen av informantene at de synes det er positivt med engasjerte pårørende og det er viktig at ansatte involverer så mye det lar seg gjøre, men at det **samtidig må være forståelse for at ikke alle familier kan eller bør bidra i avdelingen**. For noen beboere som for eksempel isolerer seg mye på rommet kan det bli sårbart dersom deres besøkende er mye på fellesområdet og en del pårørende kan ha hatt det tøft før beboer flytter inn og være helt utslitte.

Inf 4: «(...) jeg tenker det må være opp til pårørende hvor mye de ønsker å involvere seg og det er litt tøft å være pårørende til en med langtkommen demens så de må jo (...). Så føler jeg ikke at det er min jobb å gi dem noen råd om hvor ofte de bør komme på besøk og sånne ting da, jeg tenker det må være opp til dem».

Det ble formidlet en erfaring om at **pårørende som selv har klart å akseptere den nye livssituasjonen med et sykt familiemedlem kan ha lettere for å involvere seg**. Dette fordi å akseptere livsendringen skaper mer ro for personen og dermed større åpenhet for å skape nærmere relasjonen til de ansatte og de andre pårørende på avdelingen.

Inf 1: «(...) som familiemedlem til en syk person så må du på en måte kanskje, ha kommet til en form for aksept da, for at du skal tørre å involvere deg (...).

#### 4.1.3 Fravær av pårørendeinvolvering

Det ble trukket frem at på tross helsepersonellens ønske om involvering som gjerne kunne innebefatte pårørende som bidrar i fellesområder og har med beboere i aktivitet og på tur, var det **få pårørende som faktisk involverer seg** utover besøk. Det ble formidlet en opplevelse av at pårørende i stor grad «er veldig på besøk» når de kommer, og derfor ikke fungerer som betydningsfulle bidragsyttere utover at det er viktig for den enkelte å få besøk. Det ble formidlet et ønske om mer initiativ og engasjement fra pårørende.

Inf 6: «Ja jeg skulle ønske at de hadde, som vi starta opp med, det med at de tok med sine ut for jeg tror det er et stort savn for så mange og veldig mange av de som bor her er redd for å bry datteren eller sønnen eller niesa eller nevøen og det tror jeg faktisk er en stor terskel for mange, det veit jeg ikke helt åssen jeg skal klare å nå frem på hvor betydning, nå på denna tida så er det så vanskelig men, for det er, dette er dagliglivet til de som bor her, men det er et liv utafør der du bor, det er det for oss alle og det, nei det synes jeg er... Der skulle jeg ønske det var mye mer initiativ fra pårørende».

Inf 3: «Ja altså det er sånn som feks det å gå tur, det å ta med mor eller far opp fra stolen i en rullator og gå bare en tur i korridorene, det tenker jeg at det kan pårørende gjøre uten å ringe på hos oss for (...)

En av informantene fortalte om et initiativ hun tok til et sosialt treff med familie, hvor svært få valgte å delta.

Inf 2: «(...) da kom det tre pårørende av 32 beboere, og det viser jo litt kanskje at vi må bli flinkere til å involvere og ta de inn da».

Et par av informantene la vekt på at det er hyggelig og fint med pårørende som engasjerer seg, men at de forsto det som at det ikke er deres jobb å si noe om i hvilken grad og hvilket omfang.

Inf. 4: «*legger vel i det å involvere pårørende så mye det lar seg gjøre da, og å legge tilrettelegge under besøk da for eksempel og samtidig så tenker jeg at jeg føler ikke at det er vår jobb å si noe om hvor mye de skal involvere seg i en pasient. Det tenker jeg de må ta stilling til før, eller ta stilling til selv da. (...) så det blir jo at vi prøver å, når de kommer på besøk så prøver vi å legge tilrettelegge for at det skal være en hyggelig stund for både pårørende og pasient, uten at vi skal legge noen styring på hvor mye de selv ønsker eller føler at de må besøke*».

Inf. 4: «*Men jeg tenker jo at de er der for å besøke pasienten og på den måten er de jo gjest på sykehuset og vi forventer jo ikke at de skal gjøre noe arbeid da*».

. Inf. 5: «*(...) Ja vi ønsker selvfølgelig for noen av våre beboere at de skulle få litt mer besøk, men det er ikke vår bit å si noe om*».

#### 4.1.4 Oppsummerende hovedpunkter

Informantene la vekt på ulike former for *samhandling* for å beskrive hva de forstår med begrepet pårørendeinvolvering. Det vesentlige skillet mellom forståelsen informantene formidlet var å se pårørende som en *ressurs* eller noen å *dele ansvar* med. Eksempler på måter pårørende kunne bidra som ressurs var som *kilde til livshistorie* og gjennom å *involvere de i sykdomsforløpet* til beboer. Å *dele ansvar* mellom kommunen og de pårørende ble utdypet med at pårørende og ansatte kunne dele på noen områder av det helhetlige ansvaret for beboer, som ikke omhandler helsefaglige oppgaver, som for eksempel kulturelle og sosiale aktiviteter. Det ble foreslått å ha økt fokus på hva pårørende kan bidra med inn i bo- og omsorgssenteret ved innflytting.

*Forståelse* for at alle ikke kan eller bør bidra ble også nevnt, samt at noen pårørende trenger tid til å *akseptere* livsendringen før de orker å involvere seg. Endelig ble det trukket frem at tross helsepersonellens ønske og behov for økt involvering, var det *få pårørende som faktisk involverer seg* utover besøk.

## 4.2 Betydning av kvalitet i relasjon for motivasjon i arbeidet med pårørendeinvolvering

Informantene fortalte om hvordan de i mange tilfeller må bruke lang tid for å skape trygghet og tillit i relasjonen til de pårørende, og at det kan oppleves givende når de lykkes med dette.

Flere beskrev at arbeidet de utfører oppleves betydningsfullt og viktig når de mottar positive tilbakemeldinger og takknemlighet fra pårørende.

#### 4.2.1 Verdighet i relasjon

Flere av informantene beskrev hvordan de må arbeide for å bygge opp et **tillitsforhold** med de pårørende gjennom å etablerer god kontakt. Det ble formidlet at førsteinntrykket ved innflytting kunne være svært viktig for det videre samarbeidet, og at ansatte bør **har tid til å se pårørende** for å kunne bygge opp et tillitsforhold. Et par av informantene fortalte om erfaringer med at noen pårørende var skeptiske til bo- og omsorgssenter før innflytting og at de ansatte i slike tilfeller må bruke ekstra lang på å **bygge opp tilliten** ved å **opptre høflig og imøtekommende**, tross eventuell konflikt.

Inf 1: *«(...) veldig mange trekker seg unna og lar pårørende gå inn på det rommet og så sitter de der og prater sammen en time og så får de kanskje servert en kopp kaffe, men de blir kanskje ikke sagt hei til når de kommer og de blir kanskje heller ikke sagt hadet til når de går for det er ingen som ser at de på en måte er der og da er det veldig vanskelig å være pårørende og ikke føle at her er det noe feil da».*

Inf 6: *«Jeg trur det altså, se de når de kommer, sier hei til de når de kommer, uansett om du kanskje har lyst til å gå rundt hjørnet.»*

Inf 1: *«(...) jeg er veldig opptatt av pårørende faktisk skjønner du. Jeg ønsker at de skal bli møtt på den avdelingen hvor mor og far kommer, med liksom, med det at de er viktige og at det er hyggelig at de kommer og «så fint å se deg». At de blir sett når de kommer, for det er kanskje den eneste måten til at de skal tørre også å være litt mere synlig uten å føle at de må være litt sånn strenge (...)».*

En av informantene la vekt på hvordan man i kraft av sin rolle som helsepersonell kan gjøre forberedelser for at besøkene skal bli så hyggelige som mulig.

Inf 4: *«Jeg tenker jo for det første at du skal skape en god stund da for pasient og pårørende i form av miljøtiltak, at du finner et rolig sted de kan sitte, setter på kaffe, finner frem litt kjeks*

*så de kan kose seg sammen. Sette seg ned med pasienten et kvarter før han får besøk og forberede han på det (...).*»

Noen av informantene formidlet at de var opptatt av å **oppretholde en balanse i relasjonen til pårørende**, ved å være imøtekommende, men samtidig la de få ro under besøket.

Inf 1: *«nei at jeg jeg går til de, og at jeg ikke sitter og venter på at de skal komme til meg, men at jeg prøver å være synlig, at når jeg ser de sier jeg hei og presenterer jeg meg, for også på en måte, det er viktig at vi blir kjent. Og så trekker jeg meg tilbake, men at jeg sørger for at jeg sier at vi er rett utenfor hvis det er noe, «hvis det er noe du ønsker er det bare å komme ut». For de skal jo få fred, de skal jo ikke ha en helsearbeider som står bak og kakler der.»*

Det ble formidlet en opplevelse av at noen pårørende kan ha problemer med å **gi slipp** på et familiemedlem de er glade i og i de tilfellene må helsepersonellet arbeide over tid for å skape trygghet. Det ble også formidlet at vansker med å gi slipp også kan handle om at dagene har vært fylt opp av oppgaver rundt å ta hånd om det syke familiemedlemmet, men at disse oppgavene opphører ved innflytting og at hverdagen dermed kan bli litt tom.

Inf 3: *(...) det å gi slipp på en mor som har vært så oppegående, man er ikke mentalt forberedt på hvor dårlig hun egentlig er da, på ja, og der tror jeg det er mye som ligger. For dem er så knytta til både til mor eller far og det og da å gi slipp til noen andre fremmede i dem sine øyne og hvor en har hørt masse negativ fra media, så er det veldig sårbart da (...).*»

Inf 3: *«(...) for de bli jo så såre «hva skal vi finne på for noe nå da? Hva skal vi gjøre nå? Nå har jeg ikke en jeg kan hjelp til med eller, ja.. Sånne ting».*

Det ble trukket frem hvordan å tilrettelegge for **sosiale treff som kan skape nærere relasjoner mellom ansatte og pårørende og pårørende imellom**. Dette kan igjen bidra til at pårørende kan bli kjent med hverandre slik at de kan de ha nytte og glede av hverandre også i andre sammenhenger. Det ble formidlet at det hadde vært fint om det hadde vært mer tid og **rom for å tilrettelegge for at pårørende kunne vært ressurs for hverandre**.

Inf 1: *«Synes det er spennende å koble pårørende med hverandre da, hvis du forstår hva jeg mener, for da blir vi jo litt som en enda større familie (...). At man liksom kan kjenne litt til bakgrunnen til hverandre, uten at man, uten at det handler om taushetsbelagte opplysninger*



*liksom, men at, jeg tror liksom det at det er viktig at kanskje de pårørende kan føle seg trygg på at de er andre pårørende, fordi at det er sånn at pårørende er de som forstår hverandre best».*

#### 4.2.2 Takknemlighet som drivkraft

Flere av informantene la vekt på hvordan **takknemlighet fra pårørende kan fungere som drivkraft og motivasjon inn i arbeidet** og bidra til følelsen av at jobben man gjør er **viktig og verdifull**.

*Inf 2: «(...)men så har du jo og de gangene du føler deg veldig verdsatt og da, og det gir en god følelse når pårørende er takknemlige og takker deg for jobben og omsorgen og kjenner at da kjenner du at det jobben du gjør er verdifull».*

Det ble formidlet at **det kan føles godt når de pårørende gir positive tilbakemeldinger** og at en kan **bli glad av at pårørende forteller at de føler seg trygge** på at beboer blir ivaretatt når man er på jobb. Videre at **positive tilbakemeldinger** gjør at man ikke blir redd for å involvere seg i familien.

*Inf 3: «Det gir meg motivasjon til å jobbe i hvert fall til jeg blir pensjonist i dette yrket. (...)Det gjør så veldig mye med den som står på gulvet (...) det å få sånn god feedback fra både en pårørende eller for den saks skyld også beboerne (...)"*

*Inf 1: «Ja jeg har opplevd å få positive tilbakemeldinger fra pårørende. At de synes det er trygt at jeg er på jobb, at de føler seg trygge når de ser at jeg er der. Da blir jeg inmari glad, så det er jo på en måte det som sporer deg til å en måte jo, da blir du jo ikke redd for å på en måte involvere deg når du får noen positive tilbakemeldinger».*

Flere av informantene formidlet at **når familien viser takknemlighet og gir bekreftelse på at man gjør en god jobb gir det en drivkraft inn i arbeidet som gjør at ansatte utfører en enda bedre jobb** og at dette videre kan komme beboerne til gode.

*Inf 6: «(...) Det gir jo en motivasjon inn, det gir jo en godfølelse, det er jo det som er med på å gjøre at du går ut med mer overskudd enn du kom inn på jobb med»*

*Inf 2: «(...) de fikk aldri takka nok på en måte og det føltes så godt å oppleve at.. Og da følte jeg at jeg ble veldig involvert i den familien. Vi hadde omsorg for mor, men de hadde omsorg for oss, hvis det går an å si det sånn. For jeg følte fordi liksom hele tiden «dere gjør en så god jobb for mor og vi er så takknemlige» og det ble jo litt omsorg for oss liksom for da får du lyst til å gjøre enda mer, det lille ekstra hele tida fordi alle dem er takknemlige da».*

Noen av informantene fortalte om at de legger energi og krefter i arbeidet og at det kan oppleves fint om pårørende uttrykker at de har forståelse for jobben en gjør, samt at det kan være fint i seg selv å oppleve at besøk en har brukt tid på å tilrettelegge for blir et godt møte.

*Inf 5: «(...) kan være veldig fint å se familien og vite at de er takknemlige for jobben vi gjør og at de har forståelse for jobben vi gjør»*

*Inf 4: Hvis jeg i løpet av vaken min, er et besøk hvor jeg har klart å tilrettelegge for at det ble et bra besøk, spesielt hvis dette er en pasient som er veldig urolig da, eller vandrer, og så har jeg liksom klart å forberede så de klarer å sitte en halvtime eller time med pårørende da, så blir jeg jo fornøyd med det. Så synes jeg, så er det jo veldig hyggelig når pårørende sier selv at det har vært et bra besøk, at man får tilbakemelding på det».*

### **4.3 Betydning av barrierer for motivasjon i arbeid med pårørendeinvolvering**

I intervjusituasjonen fremkom det også forhold som potensielt kan være til hinder for de ansattes motivasjon. Informantene beskrev på ulike måter hva som kan være utfordrende med å arbeide med pårørende. De beskrev også hvordan det kan oppleves å håndtere vanskelige situasjoner hvor pårørende kommer med det som kan oppleves som høye krav og kritikk. Flere beskrev videre situasjoner hvor pårørende oppleves å ha urealistiske forventninger til beboers tilstand og behov og at de kan vise liten forståelse for helsepersonellens arbeid.

#### 4.3.1 Kritiske pårørende

Enkelte av informantene formidlet at man oppnår ulikt samarbeid med pårørende og at noen pårørende kan oppleves som **avvisende og kalde**. Dette var noe som ble beskrevet å kunne gjøre det vanskelig for helsepersonellet å oppnå god kontakt. Videre ble det beskrevet å kunne oppleves som **angrep** og bidra til en følelse av **tilkortkommenhet**. **En dårlig start** kunne prege det videre samarbeidet på den måten at ansatte kunne oppleve det som at **pårørende leter etter feil og oppleves som vanskelig av de ansatte**.

Inf 2: «(...) Noen pårørende hilser nesten ikke på personalet, de bare durer rett inn og er kanskje ti minutter og bare går igjen, bare ordner sånne små praktiske ting. Og det er jo ikke lett å altså, det er ikke alltid like lett å ta kontakt med de, det synes jeg ikke, veldig avvisende, litt sånn kalde, ofte de som kommer med mest kritikk også. (...) så kjenner man jo på dette her med tilkortkommenhet også fordi en noen ganger møter pårørende som krever veldig mye av ansatte og liksom hver gang de er innom på besøk så er det et eller annet å kritisere(...)».

Inf 1: «(...) de kommer med masse sånn der som kan føles som sånn angrep og det føles, gjør jo det, og du rygger litt unna og du skjønner, oi, er det noe jeg ikke har fått med meg her? eller hvorfor er hun så sint, liksom? og da kan på en måte tilliten være littegranne brutt, så får alle fremtidige besøk da, kan det være sånn at der kommer hun sure datteren til "Gudrun" holdt jeg på å si. Hun er alltid så streng og alltid så sint. Og hun vil selvfølgelig alltid synes at vi alltid gjør noe gæærnt: klarer aldri å, klarer for eksempel å vaske i stykker masse ullklær, alt som egentlig er småting for mor Gudrun, er kjempeviktig for henne og ikke sant, og vi bare åhhhh, «Fru Grusom»».

Det ble beskrevet at de **ansatte kan oppleve sinne og kritikk fra pårørende som et angrep** og ha vanskeligheter for å forstå hva det handler om. Informant formidlet videre en refleksjon rundt at noe av kritikken mot personalet kanskje kunne være at pårørende oppfyller egne foreldres formaninger om hva som er viktig for dem, at det derfor kan dreie seg om en form for omsorg og **at det er viktig at personalet ikke tar det så personlig**.

Inf 1: «(...) og hva vet vi? kanskje egentlig denne sinte datteren driver og oppfyller mors formaninger fra tidligere i livet? kanskje hun vet at dette er innmari viktig for mor da? nå er den ulljakka, den var mors yndlingsulljakke, nå er den borte, det var mors

*yndlingsulljakke, nå er den borte, dere må bare finne den, dere er helt umulige. Liksom hvis vi på en måte kan klare å se det littegranne sånn, ikke ta det så personlig».*

Noen pårørende kan ha **negative holdninger til bo- og omsorgssenteret på bakgrunn av negativ mediaomtale** om uheldige situasjoner på andre sykehjem. I de tilfellene må de jobbe en del med de pårørende slik at de forstår at inntrykket de har fra media ikke gjelder på dette bo- og omsorgssenteret. Dette kunne være krevende og ta tid og man må noen ganger tåle å stå i beskyldninger som ikke stemmer.

*Inf. 3: «Jeg kommer aldri til å glemme en familie som sa veldig negativt både til oss og til ja, her får man jo middag kl. 13 og så må man legge seg kl. 18. og da spurte jeg direkte pårørende hvor har du det fra? (pause) og han ble liksom litt stilt til veggs, han visste ikke helt hva han skulle svare. så sa jeg "her er det, på dette stedet, så er det jo atte, her bestemmer de selv, det er noe som heter brukermedvirkning, **de** bestemmer, de bor i sitt eget hjem men vi er tilgjengelige. de bestemmer, de er over 90 år og de bestemmer (...)"*

#### 4.3.2 Urealistiske forventninger

Det ble beskrevet hvordan **det kan oppleves frustrerende å møte pårørende som ikke har forståelse for jobben en gjør** og som ofte har noe å si fra om.

*Inf 5: «(...) og så er det den andre siden. Pårørende som kanskje ikke har den forståelsen og som er litt mer, jeg vet ikke, som oftest har noe å si fra om og da kan man oppleve i personalgruppen da, og for meg selv og, litt frustrasjon. Man vet at man kanskje har jobbet hardt med den beboeren for å motivere til stell for eksempel og så kommer pårørende og sier at faren er ustelt, og så vet vi egentlig at vi har prøvd og det vet ikke pårørende, så der kan det bli litt sånn, man har lyst til å forklare seg på en måte(...)"*

Flere av informantene fortalte om opplevelser av pårørende som ikke ser beboers begrensninger og at de kan komme med kritikk til personalet for at de gjør for lite. Dette på tross av at personalet vurderte beboers behov annerledes. Flere av informantene hadde for eksempel erfaring med pårørende som har et **urealistisk syn på beboers behov for aktivitet** og kunne ønske mer aktivitet for beboer tross at ansatte oppfattet at beboer verken orket eller hadde lyst til det. Det ble for eksempel fortalt om pårørende som kanskje tolket lite aktivitet

som uttrykk for at beboer var ensom og at personalet ikke har tid til å ta seg av dem. Flere av informantene opplevde at de **pårørende kan ha vansker med å forstå at beboerne stadig blir eldre og svakere.**

Inf 1: «*Nei kanskje de ikke bare helt: «ja nå sitter hun på rommet igjen» eller «nei, de har jo aldri tid til henne stakkars». Så er det noe med det at, det er litt trist å si det, men når du er gammel, så er du mye, mye trøttere. Det trenger ikke være jubalong og hipp hurra hver eneste dag, du sover, du sover mer og mer og mer, du spiser mindre og mindre (...).*»

Inf 5: «*(...) men jeg føler og at det er viktig å få frem at det kanskje, det som er vanskelig med det at noen er gamle og trøtte og skrøpelige og de tenker det som at det er så trist for dem å sitte i ro på sommet sitt, mens det er faktisk er mange av beboerne som ønsker det, som takker nei til trening og som takker nei til gåtturer, da det er viktig å formidlet det og, at de får tilbud, med at de også takker nei.*»

Inf 6: «*Det hender jo at vi har pårørende som har lite forståelse for den situasjonen mor er i da og som kanskje har andre forventninger til oss enn det som er realistisk å kunne ha i forhold til mors tilstand (...). Det kan være forventninger til hva mor skal kunne klare å utføre i en alvorlig demens for eksempel (...) og når de kommer så ser de mor sitter og sover, tror hun har sittet og sovet hele dagen, det er jo kanskje sånn at hun akkurat har sittet en time med sine medbeboere og ar spist, kjempekrevende, og har behov for å duppe av litt etterpå.*»

Det ble videre formidlet at det **kan oppleves utfordrende dersom familien ønsker å involvere seg i medisinfaglige spørsmål.**

Inf 1: «*(...) noen ganger kan det kanskje være litt utfordrende i forhold til medisiner kanskje (...). At de ser liksom personen i kortere øyeblikk og kanskje ikke har det totale bildet av hvorfor de står på den type medisiner de står på da, men på en annen måte så kan det også være en ressurs, så det kan være litt vanskelig å si.*»

#### 4.3.3 Oppsummerende hovedpunkter

Gjennom dette kapittelet ble helsepersonellens opplevelser av hvilken måte arbeid med pårørendeinvolvering kan fungere som motivasjon og også forhold som kan oppleves

utfordrende i arbeidet. Det ble formidlet hvordan noen pårørende kan ha utfordringer med å *gi slipp* på beboer, og hvordan helsepersonell må bruke tid på å bygge opp *tillit og trygghet* i relasjonen til de pårørende. Dette ble beskrevet gjennom å opptre på måter som styrker verdighet i relasjonen, som for eksempel å bruke god tid og opptre høflig og imøtekommende. Det ble trukket frem hvordan å tilrettelegge for *sosiale treff* kan skape *nærere relasjoner både mellom ansatte og pårørende og pårørende imellom*. Dette kunne igjen bidra til at pårørende fungerer som en *ressurs for hverandre*. Flere av informantene la vekt på hvordan *takknemlighet* fra pårørende kunne fungere som *drivkraft og motivasjon* inn i arbeidet som gav en følelse av at jobben en gjør er *viktig og verdifull*.

Det fremkom også forhold som kunne fungere som barrierer for helsepersonellens motivasjon. Noen pårørende opplevdes *kalde, avvisende og kritiske* og dette ble beskrevet å kunne oppleves som *angrep* og bidra til en følelse av *tilkortkommenhet*. *En dårlig start* ble beskrevet å kunne prege det videre samarbeidet på den måten at ansatte kunne oppleve det som at *pårørende leter etter feil og oppleves som vanskelig av de ansatte*. Det fremkom at flere pårørende opplevdes å ha *urealistisk forventninger* til beboers tilstand og behov, tross at personalet vurderte situasjonen annerledes. Videre ble det trukket frem at det kunne oppleves *utfordrende dersom pårørende involverte seg i medisinfaglige spørsmål*.

#### **4.4 Betydning av mulighetsbetingelser for arbeid med pårørendeinvolvering**

Informantene ble stilt spørsmål rundt hvilke forutsetninger som ligger til grunn for arbeidet med pårørende, da dette vil ha betydning for hvilke muligheter de har til å tilrettelegge for pårørendeinvolvering. Gjennom dette fremkom det informasjon om temaer som omhandler organisasjonskultur og rolleforståelse.

##### 4.4.1 Organisasjonskultur

Samtlige av informantene fortalte om en fast struktur på samtaler med de pårørende. Det ble fortalt om **faste årlige pårørendesamtaler** hvor primær- og sekundærkontakt var tilstede, men ved flere av sentrene ble det gjort individuelle vurderinger på hvorvidt det var nødvendig å gjennomføre samtale. For eksempel kunne det bli vurdert som unødvendig av de pårørende dersom de ofte var på besøk og opplevde å kunne ta opp temaer underveis. I

pårørendesamtaler ble det beskrevet at de pårørende kunne uttrykke ønsker og behov og få informasjon om beboers helse og utvikling. Det ble beskrevet at det avholdes **faste innkomstsamtaler** ved innflytting hvor lege også er tilstede. Tema under samtalen er familie, tidligere sykdommer og at familien skal få informasjon om avdelingen.

Hovedinntrykk fra samtalen med informantene er at det i liten grad **forelå retningslinjer eller fagstoff om pårørendeinvolvering tilgjengelig for dem, og dersom det eksisterte ble det sjelden tatt frem.**

Inf 1: *«ikke noen ting akkurat i forhold til familieinvolvering (...), ikke som jeg har lagt merke til i hvert fall. Det står lett tilgjengelig bok der som handler om yngre personer med demens og der står det en del om familieinvolvering, eller om familie, akkurat i den boka, men den boka har jeg kjøpt sjøl (...).»*

Inf 2: *«Vi har jo stortingsmeldingene, de står jo der, men hvor mye de blir lest, det er jeg usikker på. (...) Egentlig så kan jeg ikke si at det er så mye litteratur, altså vi har jo litteratur i hyllene, men hvor mye blir det tatt frem?»*

Inf 3: *«Ja fordi det er noen som har spurt meg hvorfor er det ikke noe sånn mappe for pårørende eller noe sånt noe, nei det er ingenting, ingenting».*

Samtlige av informantene fortalte at de **ikke kan huske at samarbeid med pårørende har vært eller er tema i opplæring av nyansatte** på arbeidsplassen, men et par av informantene kan huske at de har vært på intern eller ekstern fagdag hvor det har vært tema. Flere av informantene fortalte om at de **har lært hvordan de skal møte pårørende gjennom å se på andre kollegaer og/eller gjennom erfaringer fra å ta imot gjester privat.**

Inf 2: *«Altså nå har jo jeg også jobbet med folk som er veldig flinke på det her og så snapper en opp litt både her og der og bare «det var en god idé, den tar jeg med meg videre, det var en fin måte å gjøre det på.» Så har jeg nok snappa opp litt sånn underveis i løpet av åra, også i og med at jeg har vært pårørende sjøl, så har jeg vel tenkt veldig mye på hvordan ville jeg bli møtt som pårørende, hva var viktig for meg?»*

Inf 3: «Det jeg så var at andre kollegaer og åssen de forholdt seg til pårørende og familie og sånn, så lærte jeg veldig mye ut av det da (...) altså vi har jo det uansett fra, fra privatlivet også, altså det å ta imot gjester og sånne ting også».

Det ble beskrevet **en forventning fra leder om å involvere pårørende uten at denne var uttrykt eksplisitt**. Det ble beskrevet en hektist hverdag hvor alle oppgavene som tillegges helsepersonellet kunne gjøre at arbeidet med involvering av pårørende ble nedprioritert.

Inf 2: «det er jo en ganske stor forventning, men litt sånn uskreven eller ja, det forventes jo at vi har god kontakt med pårørende, men det blir ja, jeg veit ikke, det blir ikke sagt så mye (...) så føler jeg mange ganger at det blir så mange oppgaver rundt det å være både leder og helsearbeider at dette arbeidet med å involvere pårørende eller ha kontakt med pårørende blir litt hviska ut».

Samtlige av informantene fortalte at det **ikke var fast struktur på tema om pårørendeinvolvering i møter**, men innenfor temaer de har oppe til diskusjon kunne det nevnes at pårørende bør involveres. Det ble formidlet at **temaet innimellom kunne komme spontant opp i samtale mellom ansatte**, men da handlet det gjerne om pårørende som stiller lite opp. Videre ble det beskrevet en opplevelse om at involvering av pårørende **går litt av seg selv**.

Inf 3: «ja det kommer jo opp, det gjør det jo, men det er ikke så mye snakk om det, må jeg jo ærlig si. Men det kommer alltid opp innenfor et tema vi har (...), men det er ikke sånn at i dag har vi et tema om pårørende.»

Inf 5: «ja jo, men men vi har liksom ikke noe sånn konkret at vi har hatt et personalmøte om det temaet eller noe sånt, det går litt av seg selv føler jeg».

Inf 2: «Jeg synes det er veldig lite på agendaen, og hvis det kommer opp så er det liksom i situasjoner «nei det må pårørende ta ansvar for», liksom hvis det gjelder ting for eksempel å hente på apoteket, følge til sykehuset, følge til tannlegen – «nei det er pårørende sitt ansvar!» Det er ikke noe mer på agendaen enn det».



Informantene fortalte at de var opptatt av at pårørende skulle oppleve seg velkommen og bli sett når de kom på besøk og at de **bevisst prioriterte pårørendeinvolvering** foran andre arbeidsoppgaver.

Inf 1: «*At jeg føler at jeg har tid til det, med da gikk jeg kanskje ikke tid til å tømme den oppvaskmaskina da. At det kanskje heller går den veien. Det går ikke den veien at jeg tømmer oppvaskmaskina og da fikk jeg ikke tid til å snakke med familien.*»

Flere beskrev imidlertid at de opplevde **ulikt engasjement** rundt dette blant de ansatte og det ble reflektert rundt at det kunne være ulike årsaker til det, for eksempel at **noen ansatte muligens ikke oppfattet involvering av pårørende som en del av arbeidsoppgavene sine.**

Inf. 4: «*(...) så er det jo sånn at tid, at noen føler de har for lite tid (...) ja og kanskje at du kanskje nedprioriterer det, det er jo kanskje noen som tenker at det ikke er en del av jobben dems*».

Det ble også beskrevet at ulik prioritering kan handle om at ansatte har **forventninger til hverandre** om hvilke oppgaver som skal være gjort før en går av vakt.

Inf 2: «*Ja sånn konflikt at på den måten at en kan oppleve seg sjøl litt stressa, fordi du står midt oppe i noe og tenker at dette her må jeg bli ferdig med før jeg går av vakta mi, og så møter du en pårørende og så kjenner jeg på det at nå har jeg ikke nok tid til å.. Nå har jeg ikke tid til å prate så mye med dere fordi at jeg må gjøre ferdig andre ting. Det har jeg nok kjent litt på og der har vi jo, vi som jobber som helsearbeidere, vi har jo forventninger til hverandre ikke sant*».

Videre ble det beskrevet at **pårørende ofte henvender seg til sykepleierne fremfor helsefagarbeiderne**, men i de tilfellene sykepleieren er **ung og med innvandrerbakgrunn** velger pårørende i hovedsak å henvende seg til en norsk, erfaren hjelpepleier først.

Inf 1: «*(...) så kan jeg også se hvis jeg jobber kanskje sammen med noen fra andre land da, andre hjemland med, kanskje litt dårligere språk og sånn, så er det kanskje lettere at de går til meg og spør, enn at de går til andre selv om kanskje den andre kanskje til og med har, kanskje hun er sykepleier som er en høyere utdanning enn jeg som er hjelpepleier (...), men*

*jeg tror kanskje pårørende går kanskje til en norsk voksen hjelpepleier istedenfor til en ung filippinsk sykepleier med litt dårligere språk».*

Det ble videre beskrevet at **alder og erfaring hos de ansatte kan ha betydning for i hvilken grad de tør å involvere familie.**

Inf 1: *«Ja men det tror jeg kanskje har litt med alder å gjøre, kanskje litt med alder og erfaring. At det kanskje er lettere for meg å tørre og begynne å prate med pårørende, enn kanskje for en på 18 som har kommet inn og som jobber annenhver helg».*

En av informantene formidlet opplevelse av at mange pårørende henvender seg kun til **sykepleiere eller leder og unngår å snakke med helsefagarbeiderne**, til tross for at det er helsefagarbeidere som ofte kjenner beboerne best og at det kan oppleves som provoserende fordi det kanskje handler om **negative holdninger til yrket som helsefagarbeider.**

Inf 3: *«(...) Det er noen som har den greia der at det går på titler. Sykepleierne er liksom de beste, men det er mange av helsefagarbeiderne som er primærkontakter, stort sett så er det jo hjelpepleierne eller helsefagarbeiderne som er primærkontakter (...) og når dem kommer inn med sånn tittel at: «bort med deg, jeg skal snakke med sykepleier, jeg skal snakke med leder, du kjenner ikke min mor, du er liksom den som går med søpla og skifter bleier (...). Jeg kjenner jeg blir provosert fordi det går på mitt yrke».*

Det fremkom at flere av informantene hadde erfaring med at av at **språk- og kulturforskjeller kunne virke som en barriere for involvering av pårørende.**

Språkproblemer ble av flere fremhevet som en viktig faktor, da de erfarte at det kunne vanskeliggjøre nærhet i relasjonen og å få tillit fra pårørende. Det ble formidlet at noen ansatte opplever det som vanskelig å skulle være primærkontakt og at de kan **grue seg til pårørendesamtaler og nesten unngå all kontakt med pårørende** og at det da ofte kan handle om språkvansker.

Inf 2: *«(...) men jeg har jo kollegaer som synes det er vanskelig å ha kontakt med pårørende og som gruer seg enormt mye til pårørendesamtaler, for vi er jo forskjellige. Noen unngår vel nesten å prate med pårørende, men der har vi litt språk igjen da, at de synes det er vanskelig».*

Inf 6: «(...) det er nok noen som opplever at de ikke er fullgode ansatte i forhold til pårørende (...). Nei jeg tenker vi har kanskje noen, det er noen fra en annen kulturell bakgrunn som, de får jo ikke jobbe her hvis ikke de er gode nok på språk, men de snakker ikke like flytende norsk som jeg gjør eller du gjør, og det da tenker jeg det kan.. Om det er språkbarrierer som gjør at pårørende ikke henvender seg til de eller at det er andre holdninger, det er ikke så godt å si (...)».

#### 4.4.2 Rolleforståelse

Flere av informantene beskrev situasjoner som omhandlet **uavklarte og underkommuniserte forventninger til rollen som pårørende**. Det ble formidlet at det kan handle om at **pårørende ikke vet hvor mye de kan involvere seg og kanskje oppleve at de «trækker inn» på ansattes områder om de bidrar**. Videre at **ansatte muligens overtar oppgaver som pårørende ønsker å bidra med fordi pårørende ikke blir spurt**.

Inf. 1: «(...) og så kommer kanskje pårørende og tenker at det skjer så lite her. «Det er så synd at vi ikke kan danse litt med dem, eller hvorfor gjør dere så lite? hvorfor sitter de her og er så passive?» og så glemmer man kanskje at du som pårørende kanskje du kan ta den dansen da, kanskje du kan gå å ta de med ut en liten tur (...) for jeg tror at mange pårørende, og det tror jeg handler litt om at **de ikke vet hvor mye de skal involvere seg da**, mange pårørende kommer og sier hei og så sier vi de hyggelige høflighetsfrasene og så blir de sittende inne på rommet da. (...) kanskje vi har **feil forventninger til hverandre da**. at man ikke tenker så langt og den måten og lissom og lage lissom forståelse for hva man kan gjøre og hva vi kan bidra med, den er lettere hvis personalet og pårørende er trygge på hverandre, at vi har en god kommunikasjon».

Inf 4: (...) og som jeg nevnte tidligere, vi forventer jo ikke at de skal gjøre noe, så det kan jo godt hende vi overtar oppgaver som de ønsker å bidra til eller gjøre selv fordi vi spør jo ikke (...). Jeg innser jo selv i løpet av dette intervjuet at det **mangler litt struktur i arbeidsmåten man arbeider med pårørende på**. Burde vært noen, det er sikkert noen retningslinjer på det, men kanskje det burde vært implementert bedre på sykehjem (...)».

Videre reflekterte informant rundt den litt **vanskelige balansegangen** mellom å ikke ta fra pårørende oppgaver de ønsker å utføre, men samtidig ikke gi de oppgaver de ikke har bedt om.

Inf 4: *«ja, så er det en balansegang, du føler liksom ikke at du vil ta fra pårørende de selv ønsker å utføre, men samtidig så vil du jo ikke gi de oppgaver de ikke har bedt om og forventning av dem da».*

Det ble videre beskrevet **rollefordelingen mellom familien og helsepersonellet ikke alltid er tydelige**. For eksempel kan ansatte av og til ha store forventninger til familien som ikke alltid blir innfridd, og **forventningene til pårørendes rolle kan oppleves noe underkommunisert**.

Inf 6: *«(...) Når det gjelder den psykiske, mentale biten så tenker jeg at der jobber vi veldig tett i hverandre. Der tror jeg ikke det er så, det er vel der vi har, hvor vi infiltreres mest i hverandre tenker jeg. Så har vi jo, vi har jo av og til store forventninger til pårørende som ikke alltid blir innfridd. Og om det er fordi det er uavklart eller ikke vet jeg ikke».*

#### 4.4.3 Oppsummerende hovedpunkter

Informantene fortalte om *faste rutiner for samtaler ved innkommst og/eller halvårlige/årlige samtaler* med pårørende, men at det ble gjort *individuelle vurderinger* rundt hvorvidt de ble gjennomført eller ikke. Informanter fortalte at de *i liten/ingen grad kjente til tilgjengelig fagstoff eller retningslinjer* for arbeid med pårørendeinvolvering ved sin enhet. Det fremkom videre at det *ikke var noen rutine for opplæring av nyansatte i temaer som omhandler pårørendeinvolvering* og at informantene hadde lært dette gjennom å observere andre kollegaer, gjennom erfaring som pårørende selv og fra å ta imot gjester privat. Pårørendeinvolvering ble beskrevet å *ikke være fast tema på agendaen, men at det kunne komme spontant opp i møter*. Det ble beskrevet en erfaring med *ulikt engasjement* blant ansatte i å involvere pårørende. Det ble også av flere beskrevet temaer som omhandler *uavklarte og underkommuniserte forventninger til rollen som pårørende*. *Profesjon, stilling, alder og erfaring* ble trukket frem som faktorer av betydning for arbeidet med pårørendeinvolvering. Videre formidlet flere av informantene at *kultur- og språkforskjeller i noen tilfeller fungerer som en barriere* for å skape et tillitsforhold mellom ansatt og pårørende.

## 5 Diskusjon

Med denne studien har jeg utforsket helsepersonells opplevelser av og erfaringer med pårørendeinvolvering og hvilke forhold som kan ha betydning for dette. Problemstillingen for studien var: **Hvilke forhold har betydning for helsepersonells involvering av pårørende til beboere i bo- og omsorgssenter for eldre?** I det følgende vil funnene fra resultatkapittelet belyses opp mot de teoretiske perspektivet som ble presentert i kapittel 2 og tidligere forskning som presentert i kapittel 1. Diskusjonstemaene vil bli presentert under hvert av forskningsspørsmålene som sammen med problemstillingen har vært ledende for studien.

### 5.1 Forskningsspørsmål 1: På hvilken måte forstår helsepersonell begrepet pårørendeinvolvering?

#### 5.1.1 Sammenhengen mellom pårørendeinvolvering, samhandling og samskaping

Informantene forklarte på ulike måter deres oppfattelse av begrepet pårørendeinvolvering. De beskrev blant annet hvordan de tenkte pårørende kan være en ressurs, lagspiller og noen å dele ansvaret med. Jeg tolket deres forklaringer som beskrivelser av ulike måter å samhandle med pårørende på. Begrepet samhandling kan benyttes som et uttrykk når de involverte arbeider sammen om å løse felles omforente mål (helse og omsorgsdepartementet, 2009). Informantene eksemplifiserer dette gjennom beskrivelser av hvordan de kan bli kjent med en beboer som har demens, gjennom pårørendes formidling av deres livshistorie. Dette ble beskrevet å være en måte helsepersonellet kan styrkes i å møte beboers behov for personsentrert omsorg. Deres omforente mål for beboer kan for eksempel være som i Meldt. St 15 (2018); en trygg og verdig alderdom, hvor de eldre (beboerne) skal få mulighet til å mestre livet der de bor (helse og omsorgsdepartementet, 2018). Gjennom samhandling rundt deling av beboers livshistorie som blant annet kan omhandle interesser, preferanser og erfaringer, kan pårørende bidra til å styrke helsepersonellens mulighet til å imøtekomme dette felles målet. Som beskrevet i kapittel 2.4 kan samskaping beskrives som: «to eller flere aktører samarbeider for å løse en offentlig oppgave eller et samfunnsproblem gjennom en konstruktiv utveksling og anvendelse av deres forskjellige erfaringer, ressurser, kompetanser og ideer» (Torfing, Sørensen & Røiseland 2016 s. 12). Samskaping defineres på ulike måter og kan praktiseres i alt fra en styrt versjon til en fasiliterende versjon som illustrert i figur 2

(Pedersen-Ulrich, 2016). Eksempelet over handler om at pårørende og helsepersonell utveksler erfaring og kompetanse som sammen bidrar til å løse en offentlig oppgave og på den måten kan samhandling også forstås som en form for samskaping. Som beskrevet i kapittel 2 er empowerment en forutsetning for samskaping og i den videre diskusjonen vil jeg diskutere disse begrepene opp mot pårørendeinvolvering.

#### 5.1.2 Pårørende som ressurs eller noen å dele ansvar med?

Informantene beskrev sin forståelse av begrepet pårørendeinvolvering som ulike måter å samhandle med familien på. En beskrivelse flere av informantene fremmet var blant annet å betrakte pårørende som en *ressurs og lagspillere* som for eksempel kunne involveres som en viktig kilde til beboers livshistorie og i vurdering av beboers sykdomsforløp. Et annet perspektiv som fremkom var at kommunen og pårørende burde *dele på ansvaret*. Disse perspektivene skiller seg fra hverandre på flere måter og vil kunne ha betydning for måten pårørendeinvolvering praktiseres.

Å se på kommunen som tjenesteyter som innehar et helhetlig ansvar, hvor pårørende kan fungere som en *ressurs* som for eksempel bidrar med informasjon av betydning for omsorgssituasjonen vil innebære at helsepersonellet legger til rette for involvering, men uten å gi fra seg makt som de besitter i kraft av å være helsepersonell. Helsepersonell som ser pårørende som ressurs gjennom å etterspørre forhold som har betydning for samhandling med beboer innbyr til tillit og trygghet og skaper forståelse og innsikt (Jakobsen og Homelien, 2013). I et samskapingperspektiv vil dette kunne gi seg uttrykk i involvering av pårørende i retning av styrt samskaping hvor kommunen er sentral aktør som definert i figur 2 av Pedersen-Ulrich (2016). I *styrt samskaping* er det kommunen som definerer, avgrenser og bestemmer hva samskapingen skal omhandle, ofte basert på en politisk beslutning eller deres egen fagekspertise. Prosessen og utfallet av prosessen er da forutsigbar. For å ta tak i eksempelet over, kan samhandling rundt beboers livshistorie være uttrykk for en form for styrt samskaping. Kommunen har definert og avgrenset innholdet i samhandlingen som er «samtaler om beboers liv i hensikt å kunne tilby personsentrert pleie», og utfallet er relativt forutsigbart da de får informasjon som kan komme til nytte i utvikling av individuelt tilpassede helsetjenester.

Å forstå pårørendeinvolvering som en måte å *dele ansvaret* mellom kommunen og pårørende kan til forskjell fra å benytte de kun som en ressurs, innebære å gi pårørende mulighet til å være med å beslutte og ta ansvaret for visse områder av omsorg og aktivitet. En slik måte å betrakte pårørende på vil kunne gi utgangspunkt for involvering i retning av likeverdig, ansvarliggjørende eller faciliterende samskaping som presentert i figur 2. Med *ansvarliggjørende samskaping* er ønsket utfall av samskapingen definert av kommunen, men det er borgeren, i dette tilfellet pårørende, som her er den sentrale aktøren (Pedersen-Ulrich, 2016). Det kan omhandle kommunale oppgaver som kommunen er avhengig av hjelp fra pårørende eller frivillige for å imøtekomme. Aktivitet og fellesskap er definert som et av hovedmålene i reformen «Leve hele livet» (helse og omsorgsdepartementet, 2018). Det handler om at eldre skal få mulighet til fysisk, kulturell og sosial aktivitet hele livet og det fremheves at eldre bør ha tilbud om minst en times aktivitet hver dag med bakgrunn i egne interesser og behov (helse og omsorgsdepartementet, 2018, s. 84). Med dette som bakgrunn kan bo- og omsorgssenteret i en ansvarliggjørende samskapingsprosess definere ønsket utfall som en fast aktivitet i hensikt å øke aktivitetstilbudet, men hvor pårørende selv får frihet til å definere og utforme hvordan de ønsker å løse oppgaven. I PIC-SCU intervensjonen som ble presentert i kapitell 1.3.2 ble det praktiserert medledelse i form av at de pårørende ble inviterert til å sammen med de ansatte definerer organisasjonens overordne rammer gjennom idé og meningsutveksling (Robison, 2007). Dette kan forstås som et eksempel på en form for *likeverdig samskapingsprosess* på bakgrunn av at kommunen, i dette tilfellet sykehjemmet, bidro med fagekspertise, men utfallet var uforutsigbart da pårørendes stemmer veide like tungt i prosessen. I *fasiliterende samskaping* er det borgerne som er den sentrale aktøren gjennom hele prosessen og utfallet er uforutsigbart (Pedersen-Ulrich, 2016). Kommunen bidrar som fasilitator og sørger for at velferdssamfunnets grunnprinsipper overholdes. Et eksempel på dette kan være at bo- og omsorgssenteret tilbyr pårørende lån av lokale, utstyr og et budsjett og lar de utforme oppgave og løsning av denne uten å legge andre føringer på prosessen enn at demokratiske prinsipper overholdes.

### 5.1.3 Styrke empowerment og samskaping gjennom delt ansvar med pårørende

Rent juridisk vil det kunne stilles spørsmål til om det er mulig og forsvarlig å praktisere en *delt form for ansvar* mellom bo- og omsorgssenteret og de pårørende. I følge helsepersonelloven § 5 kan helsepersonell benytte seg av «medhjelpere» i helsehjelp overfor beboere som for eksempel opptrening eller bistand, men det presiseres at helsepersonellet må

forsikre seg om at ordningen er faglig forsvarlig (Hanssen, Humerfeldt, Kjellevoid, Norheim og Sommerseth, 2015 s. 69). I følge loven er det da helsepersonellet som må inneha det øverste ansvaret. Dette tilsier at en praktisering av delt ansvar ikke kan vurderes som forsvarlig i disse tilfellene. Men hva med de forholdene som ikke handler om opptrening og bistand som lovteksten presiserer, men som heller handler om andre sider av omsorgen som sosiale, eksistensielle og kulturelle aktiviteter? Et eksempel fra arbeid med sosial innovasjon og samskaping i sykehjem ble betegnet som «øyeblikk på blå resept». Dette omhandlet hvordan de brukte grenseobjekter som metode for å involvere beboere, pårørende og andre aktører på ulike måter og i forskjellige sammenhenger for å skape øyeblikk av mestring, samhørighet og refleksjon. Grenseobjektene skulle ha en sammenbindende funksjon og en forutsetning var at alle involverte praksisfellesskap skulle kunne identifisere seg med dette (Undheim og Willumsen, 2020, s. 151). Eksempler fra dette prosjektet var aktiviteter som årlig mannekengoppvisning og bruk av sansehage som begge involverte pårørende, beboere, ansatte og personer fra nærmiljøet. Kanskje kan en praktisering av delt ansvar aktiviteter som omhandler å øke gode øyeblikk av mestring og samhørighet kunne vurderes forsvarlig og samtidig bidra til å skape en verdig eldreomsorg, hvor hver enkelt får mulighet til sosial, kulturell og fysisk aktivitet.

En annen side som bør vurderes er hvorvidt en praktisering av *delt ansvar* sett opp mot å betrakte pårørende som *ressurs og lagspiller* er helsefremmende for pårørende. Forskning viser at pårørende tar en urimelig stor del av omsorgsbyrden, sliter med egen helse og opplever at de ikke blir sett eller hørt i tjenesten (Bjørqvist og Hansen, 2017; Jenhaug, 2020a). Noen av informantene nevnte at det er få pårørende som ytrer ønske om å ville involveres mer og det er mange som opplever svært slitne når de endelig får plass for sitt familiemedlem på bo- og omsorgssenteret. En forventning om å dele på ansvar vil muligens kunne virke som en ytterligere belastning, som kan svekke de pårørendes helse fremfor å styrke den. Samtidig fremkom det informasjon i intervjuene om at en årsak til pårørendes i mange tilfeller beskjedne involvering også kan handle om uavklarte forventninger og at de trenger tid til å samle krefter og innfinne seg med den nye livssituasjonen, før de kan orke å involvere seg. Ved å få muligheten til å fortsette og ta ansvar for sitt familiemedlem også etter innflytting i bo- og omsorgstjeneste, kan pårørendes opplevelse av verdighet styrkes (Solvoll og Larsen, 2020). Dersom helsepersonell møter pårørende med en grunnholdning om at de er noen vi kan dele ansvaret for ulike områder av omsorgen med, vil det kunne styrke pårørendes empowerment. Dette fordi praktisering av delt ansvar mellom kommune og borgere er en



form for overføring av makt hvor borgerens meninger, ønsker og beslutninger i enkelte saker vil tillegges avgjørende vekt (Stang, 2013). En forutsetning for at dette skal fungere er at de pårørende har tilstrekkelig kunnskap og ressurser til å kunne gjennomføre delt ansvar innen avtalte områder (Jakobsen og Andersen, 2013). Purveen et al (2018) fant fra deres systematiske litteratugjennomgang, at inkludering av pårørende i bo- og omsorgssenter handler om å legge til rette for at pårørende har ressurser som øker deres empowerment, slik at de kan ta aktivt del i beboers liv og i bo- og omsorgssenteret som nærmiljøsetting. En måte å sikre dette på er å praktisere samskaping på en måte som gjør at pårørende er inkludert både i input og i outputfasen av utvikling av tjenesten (Kobro, 2017). Gjennom deltagelse helt fra start av en prosess, kan de erverve seg nødvendig kunnskap underveis og være med på å forme utfallet av tjenesten. Dette kan skape bedre forutsetning for økt empowerment. PIC-SCU intervensjonen var et eksempel på hvordan det tilrettelegges for økt empowerment både hos ansatte og pårørende. Her ble det gjennom parallelle workshop for gruppene tilrettelagt for kompetanseheving og kommunikasjon om temaer i hensikt å styrke ressurser innen områder av betydning for blant annet kommunikasjon og relasjon (Robison, 2007).

En mulig utfordring med å praktisere delt ansvar for deler av tjenestene i bo- og omsorgstjenesten er at dette vil kunne utfordre helsepersonellens rolle som ekspert og myndighet på bakgrunn av at en slik praksis innebærer å se de pårørende som likeverdige i prosessen. Helsepersonell er som fagprofesjonelle vant til mulighet for faglig påvirkning og det kan være vanskelig å akseptere oppgaveløsning som ikke er faglig fundert da det kan utfordre deres oppfattelse av kvalitet (Sehested og Leonardsen, 2011). Dersom pårørende fremmer forslag som ikke er i tråd med hva bo- og omsorgssenteret anser som ønskelig, kan det være en risiko for at ansatte i et forsøk på overholde fasilitatorrollen, ikke «bifaller» eller «avslår» forslagene, men gjennom byråkratiske teknikker «vrir» forslagene i retning av det som er fordelaktig for tjenesten, eller det som Jenhaug (2020b) omtaler som «twisted value propositions». Prosessen og resultatet vil dermed kunne gi seg utslag i noe som minner mer om tjenestebestilling og utførelse heller enn reell samskaping Dette er noe som kan svekke den potensielle helsemessige fordel og eierfølelse til felles løsning av utfordringen.

## 5.2 Forskningsspørsmål 2: Hvilke faktorer kan virke motiverende med hensyn til pårørendeinvolvering?

Kvalitet på relasjonen mellom helsepersonellet og pårørende ble beskrevet som å ha betydning for pårørendeinvolvering. Forhold som for eksempel omhandler å fremme verdighet kunne styrke og opplevelse av kritikk kunne svekke ansattes motivasjon og engasjement. I det følgende vil det diskuteres hvordan styrke pårørendeinvolvering gjennom å tilrettelegge for empowerment.

### 5.2.1 Fremme verdige relasjoner gjennom å styrke empowerment

Informantene var opptatt av å skape det jeg har valgt å kalle «verdighet i relasjon» i samhandlingen med pårørende. Dette beskrev de blant annet som å se pårørende når de kommer, opptre høflig og imøtekommende uavhengig av pårørendes fremferd. Felles for informantene var at det ikke var noen unison enighet om en strategi eller måte å gjøre dette på. Dette ble beskrevet gjennom tilfeldige uttrykk som for eksempel «sånn gjør vi det bare» og «jeg har sett kollegaer gjøre det sånn». Det kan dermed tenkes at pårørende vil kunne bli møtt på ulike måter ut fra hvem som er på jobb. Et eksempel fra arbeid med sosiale innovasjoner på sykehjem var fra et prosjekt som omhandlet hvordan grenseobjekter kan bidra til inkludering (Undheim og Willumsen, 2020). Den bevisste grunnholdningen i sykehjemmet var at alle som kom inn på døren skulle «bli sett» i betydning å få oppmerksomhet, bli møtt og føle seg velkommen. Dette ble gjennomført ved at ansatte så snart personer kom inn døren, uavhengig av hvem de var, startet å småprate om aktivitetene som foregikk, bildene som hang på veggen, sansehagen og lignende. Tanken var at det gjennom denne formen for samhandling skapes et praksisfellesskap utover sykehjemmet og at personer som kommer inn i sykehjemmet føler seg inkludert og får lyst til å delta og bidra (Undheim og Willumsen, 2020). I organisasjoner som har som mål og gjennom endringsprosesser øke empowerment hos brukere, er personlig mestring for aktørene i organisasjonen et av de mest sentrale aspektene (Stang, 2013). At virksomheten har en grunnholdning som gjennomsyrrer organisasjonen kan øke empowerment hos ansatte ved at det kan bidra til økt personlig mestring og følelse av kontroll i situasjonen.

En av informantene formidlet erfaringer med at pårørende kan oppleve det som vanskelig å «gi slipp» på familiemedlemmet ved innflytting i bo- og omsorgssenteret. Informant forklarte at personalet i de tilfellene må bruke mye tid på å bygge opp tillitsforholdet for at pårørende skal klare å «gi slipp», men som Solvoll og Larsen (2020) fremsetter, er det nødvendig at pårørende «gir slipp»? Ved å utforske bakgrunnen for hvorfor dette kan oppleves som vanskelig, kan man finne ut årsaken til følelsen. Kanskje noen pårørende ikke ønsker å gi slipp fordi de gjerne vil beholde noen av oppgavene de har hatt overfor beboer før innflytting. Mange pårørende opplever seg usikre på rollen sin i bo- og omsorgssenteret og flere kan oppleve seg handlingslammet og ikke vite hvilke aktiviteter de kan gjøre med beboer etter innflytting (Jacobsen og Homelien, 2013). Som Miller (2019) fant i sin studiegjennomgang, er det viktig at de ansatte hjelper pårørende å føle seg trygge i sin nye rolle etter beboer har flyttet inn på sykehjemmet. En måte pårørende kan oppleve verdighet på er nettopp å få muligheten til å ta ansvar for sin nærmeste også etter innflytting og å være utforskende til dette temaet kan bidra til at pårørende opplever seg som en likeverdig partner og ressurs i samarbeidet (Solvoll og Larsen, 2020). Backhaus et al (2020) anbefaler nettopp tiltak som kan styrke likeverdig partnerskap og toveiskommunikasjon mellom ansatte og pårørende. En tidlig avklaring av pårørendes ønsker og tilrettelegging for at de kan fortsette å bidra med pleie i det omfanget de ønsker vil kunne styrke relasjon og skape trygghet og gode opplevelser med beboer.

### 5.2.2 Hvordan styrke empowerment ved krevende møter med pårørende

Gjennom intervjuene fremkom det at pårørendeinvolvering i noen situasjoner kan oppleves krevende. Informantene fortalte om pårørende som kunne oppleves kritiske og avvisende. Dette ble beskrevet å kunne oppleves som et angrep og gi en følelse av tilkortkommenhet. Noen pårørende ble beskrevet som å lete etter feil og kunne oppleves som vanskelige av personalet. Et moment flere av informantene trakk frem som utfordrende var at pårørende kunne ha det helsepersonellet opplevde som et urealistisk syn på beboers behov for aktivitet og stimuli.

I melding til Stortinget 13 (2012) presenteres en visjon om en dobbel identitet for yrkesutøvere i helse- og velferdssektoren som både profesjonsutøver og velferdsarbeider.

Som profesjonsarbeider skal man ha den yrkesspesifikke kompetansen for sitt område og som velferdsarbeider skal man ha kunnskap om velferdssamfunnet og evne til tverrprofesjonelt samarbeid og integrering av innsatser sammen med andre profesjoner og aktører (Kunnskapsdepartementet, 2012). Arbeid med pårørendeinvolvering kan være betegnende arbeidsområder for helsepersonell som illustrerer nettopp denne doble identiten. De skal både presentere profesjonalitet og fagkunnskap, men skal også praktisere involvering av pårørende i praktisk arbeidshverdag. Samskaping og involvering av borgere kan bidra til at etablert fagkunnskap blir kritisert og stilt spørsmål til (Aakjær et al, 2020). Dette illustreres gjennom informantenes beskrivelse av pårørende som utfordrer helsepersonellens vurderinger av beboers behov for aktivitet og stimuli, samt i medisinfaglige spørsmål. I tema som omhandler beboers tilstand var det flere informanter som hadde en opplevelse av at pårørende kritiserte bo- og omsorgssentrene for å tilby beboere for lite aktivitet. Informantenes oppfattelse i disse tilfellene var at beboere verken var i behov av eller ønsket økt aktivitet. Som informanten videre beskrev så kan det i de tilfellene hvor samarbeidet kommer skjevt ut oppleves som at pårørende «leter etter feil» og de ansatte kan oppleve dette som angrep på deres yrkesutøvelse. Dette er i tråd med det Miller (2019) fant i sin studie gjennomgang om at misforståelser og uenighet kan svekke engasjement og involvering fra pårørende. Dette vil kunne virke som en barriere for involvering, da kritikken forsøkes å forklares ved ytre forhold nedfelt i den pårørendes vanskelige væremåte. Jenhaug (2020b) beskriver at en av farene i en involveringsprosess kan være at pårørende kan bli betegnet som «gode» dersom de handler på en måte som er i tråd med helsepersonellens syn, og i motsatt fall som «vanskelige» dersom de har motstridende syn. På den måten bekrefter helsepersonellet sin egen subjektive yrkesrolle som faglig ekspertise som legger føringer for hva som er riktig eller feil involvering etter hva som betegnes fordelaktiv for arbeidsplassen (Jenhaug, 2020b). Det er dermed en risiko for at samhandling med pårørende, under fordekkelse av begreper som involvering og samskaping, egentlig handler om å disiplinere pårørende i den retning helse- og omsorgstjenesten ønsker.

Informants refleksjoner rundt at ansatte heller bør forsøke å forstå motivet til de pårørende fremfor å ta kritikken personlig vil derimot kunne styrke yrkesutøvelse i retning av økt involvering og styrket empowerment. En måte å forstå pårørendes kritikk på kan være, som informant formidlet, en måte å oppfylle beboers forمانinger på. I et empowermentperspektiv kan dette illustrere en form for advocacy, altså at de pårørende taler på vegne av beboer som ikke er istand til å tale på vegne av seg selv (Green et al, 2015). Med dette endres fokuset fra å se pårørende som «vanskelige», til å se pårørende som «har det vanskelig» og evnen til å

gjøre dette skillet kan endre personalets måter å møte pårørende på (Solvoll og Larsen, 2020, s 51). En forutsetning for dette er at bevisstgjøring og kritisk refleksjon over slike temaer gjøres på gruppenivå. I PIC-SCU intervensjonen, hvor ansatte og pårørende gjennomgikk parallelle workshops med trening i blant annet empati og forståelse for hverandre, resulterte dette nettopp i styrket relasjon og færre konflikter mellom pårørende og ansatte (Robison, 2007). Bevisstgjøring av og kritisk refleksjon over organisasjonens grunnleggende antakelser, blant annet verdier, holdninger og normer er helt sentralt for personlig mestring hos aktørene. Dette er nødvendig for å vurdere de grunnleggende antakelsenes innvirkning på utviklingsprosesser i organisasjonen (Stang, 2013 s. 147). Videre er det slik at i krevende møter med pårørende har ofte *forståelsen av den andre* betydning for om relasjonen styrkes eller svekkes. En utfordring for helsepersonellet er å være åpen for det som oppstår i situasjonen, altså ikke gå til den umiddelbare konklusjonen om at kritikken er et angrep på en selv som fagperson, men kunne stoppe opp og reflektere rundt det som skjer og årsaken til dette. Dette er en personlig kompetanse som kan utvikles gjennom systematiske faglige refleksjoner og avklarende møter (Solvoll og Larsen, 2020).

### **5.3 Forskningsspørsmål 3: Hvilke strukturelle betingelser kan ha betydning for helsepersonells involvering av pårørende?**

I figur 1 ble det illustrert et eksempel på en sammenheng mellom forutsetninger, samskaping og sosial innovasjon (Ødegård et al, 2018). I følge figuren kan sosial innovasjon oppstå som et resultat av samskaping, men for at samskaping kan oppstå må det være visse forutsetninger tilstede. I det følgende vil det drøftes mulige forutsetninger som kan ha betydning for helsepersonells involvering av pårørende og hvordan disse kan styrkes.

#### **5.3.1 Betydningen av arbeid med organisasjonskultur og rolleavklaring i settingen for å øke empowerment og styrke pårørendeinvolvering og samskaping**

Samtlige av informantene vektla at de opplevde at involvering av pårørende var en viktig del av sitt arbeid og at de prioriterte dette foran andre arbeidsoppgaver. Flere påpekte imidlertid en opplevelse av at dette ble prioritert ulikt blant de ansatte, at noen kanskje ikke forstår pårørendeinvolvering som en del av sine arbeidsoppgaver samt at ansatte har forventninger til

hverandre om utførelse av en del arbeidsoppgaver i løpet av en vakt, noe som kan skape stress og muligens svekke arbeid med pårørendeinvolvering. Opplevelse av «tidsklemmer» kan i mange tilfeller være et spørsmål om holdninger og hvordan disse gjenspeiles i praksis. Det helsepersonellens anser som viktig å prioritere vil dermed være det en integrerer i sin praktiske yrkesutøvelse (Stang, 2013). Som Poland et al (2009) fremsetter er det vesentlig å identifisere de eksplisitte og implisitte antakelsene som ligger til grunn i organisasjonen for å få til en endring i den aktuelle settingen. Informantene beskrivelser av ulik prioritering av pårørendeinvolvering blant ansatte kan være et uttrykk for en implisitt antakelse om at dette ikke er en så viktig oppgave som andre helsefaglige oppgaver. Informantenes beskrivelse av manglende opplæring, få retningslinjer og at pårørendeinvolvering sjelden er tema i møter, kan bidra til å styrke den implisitte antakelsen om at arbeidsoppgaven ikke er så viktig som øvrige arbeidsoppgaver eller skape usikkerhet om det er noe som skal prioriteres.

Informantene pekte på uklarheter og forvirring knyttet til rolleforståelse. Det ble beskrevet at forventninger til pårørendes rolle oppleves underkommunisert, at ansatte muligens overtar noen oppgaver som pårørende kunne ønsket å bidra med og kanskje ikke vet hvor mye de kan eller bør involvere seg. Brodtkorb, Skaar og Slettebør (2019) fant i en litteraturgjennomgang at ledelse er en avgjørende faktor for gode innovasjonsprosesser i sykehjem (Willumsen et al, 2020). I empowermentmodellen til Green et al (2015) illustreres forholdet mellom helsefremmende politikk og helsefremmende pedagogikk ved at innsats på områdene multipliserer resultatet i retning av helsefremmende effekt. At innsatsen er multipliserende, fremhever betydning av innsats på begge områder, fordi ingen innsats på et av områdene vil resultere i manglende resultat. PIC-SCU intervensjonen er et godt eksempel på hvordan arbeid med helsefremmende politikk og pedagogikk bidro til et positivt resultat i sykehjem (Robison, 2007). I dette tilfellet handlet den helsefremmende pedagogikken om de parallelle workshopene ansatte og pårørende gjennomgikk med trening i temaer i hensikt å øke empati, kommunikasjon og konfliktløsningsevner. Den helsefremmende politikken ble uttrykt gjennom praktisering av medledelse mellom pårørende, ansatte og ledelse i å definere sykehjemmets overordnede rammer. Dette er i tråd med Purveen et al (2018) sin konklusjon om at involvering bør bli forstått som en demokratisk prosess som støttes opp av programmer, og av en struktur i organisasjonen som har til hensikt å oppmuntre inkludering av pårørende i organisasjonens hverdagsliv. Videre støtter det opp om en settingengstilt nærming for helsefremmende arbeid hvor organisasjonen betraktes som kontekst som i seg selv influerer helse og livskvalitet både direkte og indirekte gjennom blant annet sosiale normer, verdier og

kvaliteten på relasjonene innad i organisasjonen (Dooris, 2012; Green et al, 2015). En utfordring for samskapingsprosessen kan, som Sørensen og Torfing (2011) fremsetter, være at beslutninger ofte treffes i toppen av hierarkiet og praktiseres i bunnen, noe som kan unngås ved praktisering av medledelse som for eksempel gjennom PIC-SCU intervensjonen. Dette er videre i tråd med New public government ledelse som innebærer å bevege seg i retning fra å kreve og bestille til å mobilisere og tilrettelegge prosesser som styrker empowerment (Kobro, 2017; Krogh et al, 2020).

Det fremkom i intervjuene at forhold knyttet til ansattes profesjon, språk og kultur kunne være av betydning for pårørendeinvolvering. Det ble formidlet erfaringer med at pårørende ofte henvender seg til sykepleiere fremfor helsefagarbeiderne, med unntak av de tilfellene der sykepleieren hadde innvandrerbakgrunn. Videre fremkom det at ansatte med flerkulturell bakgrunn kunne oppleve at pårørende ikke henvendte seg til dem og at språk- og kulturforskjeller kunne virke som en barriere for pårørendeinvolvering. Det ble beskrevet at noen ansatte grudde seg til pårørendesamtaler og unngikk kontakt med pårørende. Dette kunne handle om språkvansker samt at noen ansatte kanskje ikke opplever seg som «fullgode» overfor pårørende. At noen ansatte ikke opplever seg som «fullgode» og vegrer seg for kontakt med pårørende kan tyde på en følelse av manglende mestring og avmakt. Ved å ikke oppleve seg som fullgode overfor pårørende, kan dette gå utover ansattes egen opplevelse av verdighet (Solvoll og Larsen, 2020). Maktaspektet er vesentlig i et empowermentperspektiv. For at helsepersonellet skal kunne tilrettelegge for empowerment hos pårørende, må de først identifisere egen makt og tilgang på ressurser og forstå hvordan dette kan brukes til å øke empowerment hos pårørende (Lawerack, 2004). For gruppen ansatte informantene beskrev, kan det være nærliggende å tro at de opplever avmakt og lav tilgang på ressurser og derfor dårligere forutsetninger for å kunne tilrettelegge for empowerment og involvering av pårørende. Helsepersonell kan være usikre på hvordan de skal opptre i møter med pårørende, ha lite kunnskap og erfaring med situasjonene pårørende har vært i og derfor ha vanskeligheter med å forstå reaksjonene pårørende kan komme med (Jacobsen og Homelien, 2013). Ledere kan sette ansatte istand til å håndtere disse møtene gjennom kompetanseheving, refleksjon over situasjonene som oppstår og å skape en arbeidskultur som gir rom for diskusjoner og frustrasjon (Jacobsen og Homelien, 2013). I PIC-SCU intervensjonen handlet et av temaene i workshopene om at pårørende og ansatte gjennomgikk trening i og refleksjon over hvordan ulikheter i for eksempel språk, kultur og sosioøkonomisk status kan prege relasjon og kommunikasjon. Dette illustrerer et godt eksempel på hvordan

bo- og omsorgssentrene kan styrke ansatte og pårørendes empowerment gjennom å fasilitere samskappingsprosesser som gir rom for refleksjon, noe som kan styrke involvering.

## 5.4 Implikasjoner

Forskning viser at relasjonen mellom helsepersonell og pårørende er av betydning for arbeidet med pårørendeinvolvering og ansattes motivasjon og tilfredshet på jobb (Nguyen et al, 2015; Backhaus et al, 2020; Robison et al, 2007; Miller, 2019). Denne studien har løftet hvordan annen språkbakgrunn på ulike måter kan virke som en barriere for pårørendeinvolvering noe som dermed kan svekke de positive effektene av et godt samarbeid mellom pårørende og helsepersonell. For videre forskning ville det vært interessant å utforske dette temaet nærmere ved å intervju helsepersonell med annen språkbakgrunn om deres perspektiv på temaet. Videre trekke ut erfaringer fra workshopene i PIC-SCU intervensjonen som omhandlet nettopp refleksjon rundt hvordan blant annet kultur og språk kan påvirke kommunikasjonen (Robison et al, 2007).

Noen av informantene formidlet at det må være forståelse for at ikke alle pårørende kan eller bør bidra og at noen pårørende kan trenge tid på å forsones seg med og akseptere den livsendringen det innebærer å få et sykt familiemedlem. Både Purveen et al (2018) og Backhaus et al (2020) anbefalte fra deres systematiske gjennomganger at videre studier bør ta mer hensyn til pårørendes individuelle behov og forutsetninger for å bli involvert, ved for eksempel å tilby pårørende ressurser for å takle emosjonelle reaksjoner på beboers flytting og iverksette tiltak som styrker velvære. For videre forskning kunne det vært interessant å utforske hvordan bo- og omsorgssenter gjennom tiltak og utforming kan støtte pårørende i å takle emosjonelle reaksjoner ved beboers innflytting.



## 6 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å utforske problemstillingen: «Hvilke forhold har betydning for helsepersonells involvering av pårørende på bo- og omsorgssenter?». Dette på bakgrunn av nasjonale og kommunale føringer som omhandler å styrke pårørendeinvolvering og å arbeide i retning av økt samskaping av tjenester i samfunnet. I det følgende vil konklusjonen på den gjennomførte studien beskrives.

Studien har løftet frem en sammenheng mellom begrepene pårørendeinvolvering, samhandling og samskaping. Den fremhever hvordan helsepersonellens forståelse av pårørendeinvolvering kan ha betydning for praksis, hvor det vesentlige skillet er, mellom å se på pårørende som *ressurs* eller *som noen å dele ansvaret med*. En forståelse av pårørende som ressurs er vist å kunne gi uttrykk i en styrt form for samskaping, mens en forståelse av å dele ansvar med pårørende å gi utgangspunkt for involvering i retning av likeverdig, ansvarliggjørende eller fasiliterende samskaping som presentert i figur 2. Dette kan styrke empowerment da det innebærer fordeling av makt, men en forutsetning for dette er at de involverte har tilgang på tilstrekkelig kunnskap og ressurser. Å skape verdighet i relasjon ble beskrevet som en motiverende siden ved pårørendeinvolvering, og dette kan styrkes gjennom prosesser som skaper økt personlig mestring og empowerment hos helsepersonellet. Studien har løftet frem hvordan pårørende som utfordret helsepersonells vurderinger kunne blir betegnet som vanskelige og krevende. Dette kan virke som en barriere for likestilt involvering, da helsepersonellet gjennom å definere pårørende bekrefter sin rolle som myndighet. Det ble drøftet hvordan en risiko ved dette kan være at involvering og samskaping kan fordekke en prosess som egentlig handler om disiplinering av pårørende etter hva som betegnes som fordelaktig. En annen måte å forstå pårørendes kritikk og krav på var som en form for advocacy og det ble drøftet hvordan bevissthet og refleksjon rundt disse temaene på gruppenivå kan styrke empowerment.

Studien fremhevet videre hvordan implisitte antakelser kan ha betydning for pårørendeinvolvering, og at det er viktig å identifisere disse for å kunne skape endring i organisasjonen. Videre at uklarheter knyttet til rolleforståelse kan svekke pårørendeinvolvering. Det ble fremhevet hvordan praktisering av medledelse med både ansatte og pårørende i tråd med New public government som involverer helsefremmende

politikk og helsefremmende pedagogikk kan bidra til å styrke dette forholdet. Språk, kultur og profesjon ble løftet frem som forhold som kan være av betydning for pårørendeinvolvering og prosesser som skaper refleksjon rundt disse temaene, både blant ansatte og pårørende, kan styrke relasjon og øke empowerment.

#### *Oppsummering og anbefaling for videre forskning*

Studien viste at pårørendeinvolvering kan forstås som en form for ressurs- eller ansvarsdeling og at det er sammensatte forhold ved organisasjonskultur, rolleforståelse og kvalitet i relasjonen mellom ansatte og pårørende som kan ha betydning for helsepersonells involvering av pårørende. For å nå nasjonale og kommunale føringer om å styrke pårørendeinvolvering og arbeide i retning av økt samskaping er det foreslått å fasilitere prosesser som identifiserer og utfordrer organisasjonens grunnleggende antakelser om og overordnede struktur for pårørendeinvolvering, samt å tilrettelegge for økt personlig mestring og empowerment for både helsepersonellet og de pårørende. For videre forskning kunne det vært interessant å utforske hvordan bo- og omsorgssenteret kan støtte pårørende i å takle emosjonelle reaksjoner ved beboers overgang til bo- og omsorgssenter, samt utforske forhold knyttet til ansatte som har annen språklig bakgrunn og deres perspektiv på arbeid med pårørendeinvolvering.

## Referanser/litteraturliste

- Agger, A., Tortzen, A. og Rosenberg, C. (2018). Hvilken verdi skaber vi med samskabelse. *Professionshøjskolens Absalon*. Hentet fra: [https://rucforsk.ruc.dk/ws/portalfiles/portal/63109818/Hvilken\\_vaerdi\\_skaber\\_vi\\_med\\_samskabelse\\_1\\_.pdf](https://rucforsk.ruc.dk/ws/portalfiles/portal/63109818/Hvilken_vaerdi_skaber_vi_med_samskabelse_1_.pdf)
- Agger, A. og Lund, D. H., (2011). Borgerne og brugerne i samarbejdsdrevne innovationsprosesser. I E. Sørensen, og J. Torfing (Red.). *Samarbejdsdrevet innovation – i den offentlige sektor*. København: Jurist- og økonomiforbundets forlag.
- Andreassen, T.A. (2019). Tilnærminger i forskning om samordning og samarbeid. I C. Bjørkquist og M. J. Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester* (s.19-47). NOASP: Cappelen Damm Akademisk
- Backhaus, R., Hoek, L. J. M., de Vries, E., van Haastregt, J. C. M., Hamers, J. P. H., Verbeek, H. (2020). Interventions to foster family inclusion in nursing homes for people with dementia: a systematic review. I *BMC Geriatrics*, 20 (434), s. 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01836-w>
- Bang-Andersen, Stig, Plathe, Erik og Hernes, May Britt. (2019). Prioriterte mål i kommunalt og fylkeskommunalt planarbeid, kartlegging av prioriterte politikkområder i et utvalg kommuner og fylkeskommuner. (KS-FoU-prosjekt 1840111, versjon 1). Hentet fra: <https://www.ks.no/contentassets/9b46a6940db54fae865da7dcd06fb7ec/rapport-fou-prosjekt-184011.pdf>
- Bjørkquist, C. & Hansen, G. V. (2017). Samproduksjon med pårørende til personer med ROP-lidelser. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 3(03), 194-203.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. Hentet fra: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cornwall, A. (2008). Unpacking 'Participation': models, meanings and practices. *Community development journal*, 43(3), 269-283.
- Dooris, M. (2012). The setting approach: Looking back, looking forward. I A. Scriven, og M. Hodgins. *Health promotion settings, principles and practice*. Los Angeles: Sage.
- Drageset, J., Eide, E. G., Nygaard, H.A., Bondevik, M., Nortvedt, M. W., og Natvig G. K. (2008). The impact of social support and sence of coherense on health related quality of life among nursing home residents – a questionnaire survey in Bergen. *International journals in nursing studies*, 2009 (46), s. 66-76

- Eriksson, K. (1996). *Om människans värdighet – ett grundbegrep inom vårdvetenskapen*. Akademisk avhandling. Åbo: Åbo Akademis förläg.
- Førsund, L. H. og Ytrehus, S. (2017). Å skape rom for meningsfull samhandling. I S. Tønnesen og B. L. L. Kassah (red.). *Pårørende i kommunal helse- og omsorgstjenester. Forpliktelser og ansvar i et utydelig landskap*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. I *Journal of advanced nursing*, nr. 16, s 135-361.
- Green, J., Tones, K., Cross, R. & Woodall, J. (2015). *Health promotion: planning and strategies*. (3. utg.) Los Angeles: Sage.
- Hancock, T. (2012). The healthy hospital: a contradiction in terms? I A. Scriven, A. og M. Hodgins. *Health promotion settings, principles and practice*. Los Angeles: Sage.
- Hanssen, H. (red.), Humerfeldt, K., Kjellebold, A., Norheim, A. og Sommerseth, R. (2015). *Faglig skjønn og brukervedvirkning i helse- og velferdstjenestene* (2. utg.). Bergen: fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet (2017). *Veileder om pårørende i helse og omsorgstjenesten*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/>
- Helse og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen – rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Meld. St. 47 (2008-2009). Hentet fra: <https://regjeringen.no>
- Helse og omsorgsdepartementet (2013). *Morgendagens omsorg*. Meld. St. 29 (2012-2013). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no>
- Helse og omsorgsdepartementet (2018). *Leve hele livet*. Meld. St. 15 (2017-2018). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no>
- Helse og omsorgsdepartementet (2015). *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg_2020.pdf)
- Hertzberg, A., Ekman, S. og Axelsson, K. (2001). Staff activities and behavior are the source of many feelings: relatives` interactions and relationship with staff in nursing homes. *Journal of clinical nursing*, 10(3): 380-388
- Heimburg, D. V. og Hofstad, H. (2019). Samskaping som styringsform for kommunenes folkehelsearbeid: Hva vet vi? Hva er utfordrende? Og hvor går veien videre? *NIBR Rapport 2019:11*, Oslo metropolian university

- Holmen, A. K. T. (2020). Innovasjon som nytt styringsparadigme i en kommunal hverdag? I E. Willumsen og A. Ødegård (Red.). *Samskaping, sosial innovasjon for helse og velferd*. (S. 19-42). Oslo: Universitetsforlaget.
- Husebø, A. M. L., Storm, M., Ødegård, A., Wegener, C., Aakjær, M., Lyngby Pedersen, A., Boelsman Østergaard, M. og Willumsen, E. (2020). Exploring social innovation (SI) within the research contexts of higher education, health care and welfare services – a scoping review. *Nordic Journal of Social Research (NJSR)*. INNOFF (2020). Hentet fra: <https://www.innoff.no/om/>.
- Hygum, H. E., Andersen, L. L., Petersen, A., & Olsen, L. (2018). *Inklusion og deltagelse af sårbare borgergrupper i samskabende arenaer: Evaluering af tre partnerskaber mellem civilsamfund og kommuner*. København: VIVE.
- Jacobsen, D. I. (2016). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (3 utg., 2. oppl.). Oslo: Cappelen damm akademisk.
- Jakobsen, M., & Andersen, S. C. (2013). Coproduction and Equity in Public Service Delivery. *Public Administration Review*, 73(5), 704-713
- Jakobsen og Homelien (2013). Å forstå personer med demens. *Geriatrisk nsfs faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens nr. 1-2013* (s. 22-28). Hentet fra: <https://www.nsf.no/fagtidsskrift/artikkelliste/264394> (15.03.2019)
- Jenhaug, L. M., (2020a). *Samskaping og brukerdrevet innovasjon i offentlige omsorgstjenester i et maktperspektiv* (Doktoravhandling). Elverum: Flisa Trykkeri A/S.
- Jenhaug, L. M., (2020b). Employees` resistance to users` ideas in public service innovation. *Australian Journal of public administration*, 79 (4) (s. 444-461). Hentet fra: <https://doi.org/10.1111/1467-8500.12415>
- Johannesen, A., Tufte, P. A. og Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4 utg.). Oslo: Abstrakt forlag
- Johansson, A., Ruzin H.O., Graneheim, U.H. og Lindegren B.M. (2014). Remaining connected despite separation – former family caregivers` experiences of aspects that facilitate and hinder the process of relinquishing the care of a person with dementia to a nursing home. *Aging and mental health*, 18 (8), 1029-1036.
- Kobro, L. U., (2017). Politisk retorikk eller ny metodikk? I *Stat & styring*, (1), p.38-41.
- Kobro, L. (red.), Andersen, L. L., Hygum Espersen, H., Kristensen, K., Skar, C. og Iversen, H., (2018). *La oss gjøre det sammen! Håndbok i lokal samskabende sosial innovasjon*. (2 oppl.). Hentet fra: <https://openarchive.usn.no/usn->

[xmlui/bitstream/handle/11250/2488431/handbok\\_for\\_samskaping.pdf?sequence=6&isAllowed=y](https://www.regjeringen.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2488431/handbok_for_samskaping.pdf?sequence=6&isAllowed=y)

- Krogh, A., H., Sørensen, E., Torfing, J. (2020). Samskabelse af innovative offentlige løsninger. I E. Willumsen og A. Ødegård (Red.). *Samskaping, sosial innovasjon for helse og velferd*. (s. 147-162). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kunnskapsdepartementet. (2012). *Utdanning for velferd*. Meld. St. 13 (2011-2012). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervjuet* (2. Utg., 3 oppl.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lawerack, G. (2004). *Health promotion practice. Power & empowerment*. London: SAGE
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805. Hentet fra: <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Miller, V. J. (2019) Investigating Barriers to Family Visitation of Nursing Home Residents: A Systematic Review. I *Journal of Gerontological Social Work*, 62:3, 261-278, <https://doi.org/10.1080/01634372.2018.1544957>
- Nakrem, S. og Hynne A. B. (2017). Pårørende en betinget ressurs? En kvalitativ studie av pårørende til langtidsbeboere i sykehjem sine erfaringer av egen rolle. I *Tidsskrift for omsorgsforskning* 3 (3). S. 164-175.
- Neumann, C. B. og Neumann, I. B. (2014). *Forskeren i forskningsprosessen. En metodebok om situering*. (2. oppl.). Litauen: Cappelen Damm Akademisk.
- Norheim og Sommersteth, 2014, Forutsetning for pårørendeinvolvering i sykehjemstjenesten. I *Nordic journal of nursing research* 47(2) s. 9-13.
- Nguyen, M., Pachana, N. A., Beattie, E., Fielding, E. og Ramis, M. A. (2015) Effectiveness of interventions to improve family-staff relationships in the care of people with dementia in residential aged care: a systematic review protocol. I *JBIC Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*. 13(11):52-63. doi: 10.11124/jbisrir-2015-2415
- Nolan, M. og Dellasega, C. (2000). «I really feel I've let him down»: Supporting family carers during long-time care placement for elders. *Journal of advances nursing*, 31(4): 759-767.
- Nærings- og handelsdepartementet (2008). *Et nyskapende og bærekraftig Norge*. St. Meldt. 7 (2008-2009). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-7-2008-2009-/id538010/>

- Nåden, D. og Lohne, V., (2020). Om verdighet. I D. Nåden og V. Lohne (red). *Verdighet og sårbarhet – en vitenskapelig antologi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Osborne, S. P. (red). *The new public governance?* London: Routledge.
- Pedersen-Ulrich, J (2016). Samskabelse - en typologi. I *Clou skriftserie*.
- Poland, B., Krupa, G., og McCall, G. (2009). Settings for health promotion: An analytic Framework to Guide Intervention Design and Implementation. *Health promotion practice*. Vol. 10, No. 4, London: Sage.
- Puurveen, G., Baumbusch, J., Gandhi, G. (2018) From Family Involvement to Family Inclusion in Nursing Home Settings: A Critical Interpretive Synthesis. *Journal of Family Nursing*. Vol. 24(1) 60 –85. <https://doi.org/10.1177/1074840718754314>
- Regjeringen, 2021. *Vi - de pårørende*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-parorende.pdf>
- Robison J, Curry L, Gruman C, Porter M, Henderson CR Jr, Pillemer K. Partners in Caregiving in a special care environment: cooperative communication between staff and families on dementia units. *The Gerontologist*. 2007;47(4):504–15.
- Røiseland, A og Lo, C., (2019). Samskaping – nyttig begrep for norske forskere og praktikere? *Norsk statsvitenskapelige tidsskrift*, 35(1), 51-58.
- Scriven, A., (2012). Health promotion principles and the setting approach. I A. Scriven og M. Hodgins, *Health promotion settings, principles and practice*. Los Angeles: Sage.
- Sehested, K. og Leonardsen, L., (2011). Fagprofessionelles rolle i samarbejdsdrevet innovation. I E. Sørensen, og J. Torfing (Red.). *Samarbejdsdrevet innovation – i den offentlige sektor*. København: Jurist- og økonomiforbundets forlag.
- Smedbye, K.L. (2008). Samarbeid med pårørende. I A. M. M., Rokstad og K. L., Smedbye, (red.). *Personer med demens – møte og samhandling*. Oslo: Akribe
- Solvoll, B.A. og Larsen, E.M. (2020) Verdige og krevende møter med pårørende. I D. Nåden og V. Lohne (red). *Verdighet og sårbarhet – en vitenskapelig antologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stang, I. (2013). Bemyndigelse. En innføring i begrepet og «empowerment-tenkningens» relevans for ansatte i velferdsstaten. I H. A., Hauge og M. B., Mittelmark (red.). *Helsefremmende arbeid i en brytningstid, fra monolog til dialog?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Sunne kommuner (2021, 1. februar). WHO Healthy cities. Hentet fra: <https://www.sunnekommuner.no/om-oss/who-healthy-cities>

- Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K.-T., Enger-Karlsen, T., Narum, I. G. & Nybø, A. (2002). «Empowerment» i helsefremmende arbeid. *Tidsskrift for den norske legeforening*, nr. 24, 2002; 122, s 2379-2383.
- Sørensen, E., Torfing, J. og Røiseland, A., (2016). Samskapelse er bedre og billigere. I *Stat & styring*, 2016-03-28 (1), s.10-14.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Torfing, J. (2011). Teorier om offentlig administrasjon og styring: Fra stillestående bureaukrati til samarbejdsdrevet innovation. I E. Sørensen, og J. Torfing (Red.). *Samarbejdsdrevet innovation – i den offentlige sektor*. København: Jurist- og økonomiforbundets forlag.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Undheim, M. og Willumsen, E., (2020). Fra visjon til innovasjon – sosial innovasjon i sykehjem. I E. Willumsen og A. Ødegård (Red.). *Samskaping, sosial innovasjon for helse og velferd*. (s. 147-162). Oslo: Universitetsforlaget.
- Willumsen, E. Og Ødegård, A. (2015). *Sosial innovasjon. Fra politikk til praksis*. Bergen: fagbokforlaget.
- Willumsen, E., Ødegård, A. Og Sirnes, T. (2020). Sosial innovasjon og samskaping. I E. Willumsen og A. Ødegård (Red.). *Samskaping, sosial innovasjon for helse og velferd*. (S. 19-42). Oslo: Universitetsforlaget.
- WHO (2019). *Participation as a driver of health equity*. Hentet fra [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)
- WHO (1986). *The Ottawa charter for health promotion*. Hentet fra [www.who.int](http://www.who.int).
- Ødegård, A., Waldahl, R. H., Willumsen, E., Iakovleva, T. Og Strype, J. (2018). *Sosial innovation measurement model – questionnaire (SIMM-Q)*. Rapport nr. 10/2018. Nordlandsforskning.
- Aakjær, M., Wegener, C., Willumsen, E., Storm, M., Ødegård, A., Husebø, A. M. L. (2020). Hva skete der med innovationen, da den blev social? I E. Willumsen og A. Ødegård (Red.). *Samskaping, sosial innovasjon for helse og velferd*. (S. 19-42). Oslo: Universitetsforlaget.



## Oversikt over tabeller og figurer

Tabell 1, eksempel fra arbeid med analyse basert på Malteruds systematiske tekstkondensjon(2012).

Figur 1. Sosial innovasjon som resultat av forutsetninger og samskaping

Figur 2. Samskapingstypologi basert på Pedersen-Ulrich (2016).

# Vedlegg

Vedlegg 1: Sammendrag/ Samskaping i bo- og omsorgssenter. En kvalitativ studie av helsepersonells erfaringer med pårørendeinvolvering.

Vedlegg 2: Abstract/ Co-creation in Nursing home. A Qualitative Study of Health Care Workers' Experiences of Family Involvement.

Vedlegg 3: NSD Meldeskjema for behandling av personvernopplysninger

Vedlegg 4: Informasjonsskriv

Vedlegg 5: Intervjuguide med hjelpespørsmål