



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKB390-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	03-05-2023 12:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	12-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKB390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	307
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7994
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	124
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Brukermedvirkning hos eldre personer
med demens i hjemmetjenesten

User participation among elderly people
with dementia in home care services

591675

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato 12. mai 2023

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Abstract

Background: In recent decades, user involvement has gained increased attention, and there has been a development where patients no longer act as passive recipients of healthcare services but as contributors to the design of service provision. Individuals with dementia constitute a vulnerable group, as the disease itself can make it challenging for them to express themselves when they feel overlooked or disempowered.

Purpose: The purpose of this thesis is to shed light on the factors that influence user involvement in home care services for individuals with dementia. With increased knowledge in this area, nurses will be able to more effectively implement user involvement in practice, ultimately leading to better tailored services for individuals with dementia.

Method: Literature review is the method of this thesis, and has been used to gather data. Four scientific articles and relevant literature have been used to illuminate the research question.

Results: This thesis has identified four overarching themes that illustrate the factors influencing user involvement in home care services for individuals with dementia: Factors related to the dementia diagnosis, factors associated with the organization of home care services, factors related to the staff, and factors related to collaboration with family caregivers.

Conclusion: Although user involvement is a legally established right, the results indicate that home care services are perceived to be inadequately tailored to individual needs. Users require more information on how they can participate in the design of services, and staff and family caregivers need more guidance on how to include users. There are several factors influencing user involvement that are beyond the control of individual users.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1 Problemstilling	1
1.2 Begrunnelse for valg av tema.....	2
1.3 Avgrensning av oppgaven.....	2
1.4 Begrepsavklaring	3
2.0 Bakgrunn med teoretisk perspektiv	4
2.1 Demens.....	4
2.2 Brukermedvirkning	4
2.3 Sykepleierens rolle og funksjon	5
2.4 Personsentrert omsorg	6
2.5 Samarbeid med pårørende.....	7
2.6 Etikk.....	8
2.7 Hjemmetjenesten.....	9
3.0 Metode.....	11
3.1 Design	11
3.2 Søkeprosess.....	11
3.2.1 PICO	12
3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	12
3.2.3 Litteratursøk.....	13

3.3 Kritisk vurdering av artikler.....	14
3.4 Analyse og syntese.....	14
3.5 Etske vurderinger	14
4.0 Resultater.....	15
4.1 Demensdiagnosen	15
4.2 Organisatoriske forhold.....	15
4.3. Ansatte i hjemmetjenesten	16
4.4 Samarbeid med pårørende.....	16
5.0 Diskusjon.....	18
5.1 Diskusjon resultater.....	18
5.1.1 Faktorer knyttet til demensdiagnosen	18
5.1.2 Faktorer knyttet til organisering av hjemmetjenesten	20
5.1.3 Faktorer knyttet til de ansatte i hjemmetjenesten	22
5.1.4 Faktorer knyttet til samarbeidet med pårørende	23
5.2 Diskusjon metode.....	24
5.2.1 Søkeprosessen.....	24
6.0 Oppsummering og implikasjoner for praksis	26
Referanseliste	27
Vedlegg	31

1.0 Innledning

I dag lever det over 100 000 mennesker med demens, men kun halvparten av disse er registrert med en demens diagnose (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Som følge av eldrebølgen vil antallet forventes å øke betydelig de neste tiårene. Omlag 40 prosent av brukerne i hjemmetjenesten som er over 70 år, har demens (Strand et al., 2021). Dagens situasjon preges allerede av betydelig mangel på sykepleiere og helsefagarbeidere. Disse utfordringene legger stort ansvar på ledelsen når det gjelder planlegging, organisering og styring av tjenestene i fremtiden (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). I løpet av de siste tiårene har det skjedd en utvikling der pasientene ikke lenger opptrer som passive mottakere av helsetjenester, men i stedet har blitt aktive, autonome og likeverdige samarbeidspartnere. De har nå reell innflytelse og valgfrihet i saker som angår dem selv (Ingstad, 2021). Personer med demens utgjør en sårbar gruppe, og på grunn av de kognitive utfordringene som følger med sykdommen kan det være vanskelig for dem å uttrykke seg når de føler seg oversett eller umyndiggjort.

1.1 Problemstilling

For at sykepleier skal kunne ivareta brukermedvirkningen, vil det være nyttig å tydeliggjøre hvilke muligheter og begrensninger som ligger til grunn for brukermedvirkningen. På denne måten kan sykepleier legge til rette for brukermedvirkning der det er muligheter, og bli bevisstgjort på risikofaktorer som bidrar til å redusere den. Med økt kunnskap vil sykepleier lettere kunne utøve brukermedvirkning i praksis, og personer med demens i hjemmetjenesten vil som følge av dette få en bedre individuelt tilpasset tjeneste.

Problemstillingen lyder derfor slik:

Hvilke faktorer påvirker brukermedvirkningen for personer med demens i hjemmetjenesten?

1.2 Begrunnelse for valg av tema

I demensplanen 2025 kommer det frem at flere personer med demens føler seg umyndiggjort og at andre tar avgjørelser på vegne av dem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020) . Ett av innsatsområdene heter «medbestemmelse og deltakelse», og handler blant annet om at personer med demens og deres pårørende skal være involvert i beslutningsprosesser og ha innflytelse på eget tjenestetilbud. Flertallet av personer med demens bor hjemme, og derfor har jeg valgt å avgrense min arena til hjemmetjenesten. Selv har jeg flere års erfaring fra hjemmetjenesten, både som ufaglært og i praksis gjennom studiet. Min erfaring er at det kan oppstå mange ulike dilemmaer i arbeidet med demens, og det er ikke alltid enkelt å ivareta brukermedvirkningen når det går utover de grunnleggende behovene og sikkerheten.

1.3 Avgrensning av oppgaven

Demens er en samlebetegnelse på sykdommer som rammer flere av hjernens funksjoner, og det finnes derfor flere ulike demenssykdommer. Den vanligste demenssykdommen er Alzheimers, og utgjør omtrent 60 % av personene som har en demenssykdom (Skovdahl, K. & Berentsen, 2015). I denne oppgaven vil jeg ikke skille mellom de ulike demenssykdommene.

Det finnes ulike grader av demens, som mild, moderat og alvorlig. Ved mild grad av demens vil den kognitive svikten påvirke daglige aktiviteter, mens personer med moderat grad vil ikke kunne klare seg uten hjelp fra andre. Ved alvorlig grad vil det ofte bli nødvendig med kontinuerlig pleie og overvåkning, og innebærer som regel innleggelse på sykehjem (Skovdahl, K. & Berentsen, 2015). I denne oppgaven vil jeg ikke skille mellom de ulike gradene.

Yngre mennesker, helt ned til 18-årsalderen, kan også få demens, selv om dette er mer uvanlig (Skovdahl, K. & Berentsen, 2015). Disse vil sannsynligvis ha andre behov og behøve hjelp på andre måter enn eldre. Det er ofte hjemmeboende barn eller unge voksne involvert,

noe som kompliserer hjelpebehovet ytterligere. Det er svært lite forskning på yngre personer med demens. På bakgrunn av dette har jeg valgt å begrense oppgaven til å kun fokusere på eldre mennesker med demens, over 65 år.

Brukermedvirkning kan foregå på tre ulike nivåer, individnivå, tjenestenivå og systemnivå (Helsedirektoratet, 2022). I denne oppgaven vil jeg fokusere på brukermedvirkning på individnivå.

1.4 Begrepsavklaring

Det har lenge vært diskutert hvilket begrep man skal bruke for å omtale mennesket som mottar hjelp fra helse- og omsorgstjenesten (Ingstad, 2021). Pasientbegrepet blir kritisert av flere, der blant Joyce Travelbee (1999), som mente at ordet «pasient» bidro til at sykepleiere overså de unike forskjellene mellom pasientene. Travelbee mente at slike holdninger ville redusere muligheten for individuelt tilpasset sykepleie. Når jeg har arbeidet i hjemmetjenesten har vi alltid omtalt menneskene som mottar tjenesten for «bruker». På grunn av nevnte forhold vil jeg heretter omtale personen med demens som mottar hjemmetjeneste for «bruker».

Brukermedvirkning er et uklart og vidt begrep med mange synonymer. Brukerinvolvering, pasientdeltakelse, pasientmedvirkning, samhandling, samproduksjon, empowerment er noen av ordene som går under begrepet «brukermedvirkning». Oppgaven vil bruke det begrepet som er mest relevant for konteksten, men vil for enkelhetens skyld begrense ordforrådet.

2.0 Bakgrunn med teoretisk perspektiv

2.1 Demens

Demens er en sykdom som påvirker hjernen og fører til gradvis nedgang i hukommelse, tenkning, kommunikasjonsevne, atferd og evnen til å utføre daglige aktiviteter (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 411-412). Til tross for dette er også tilstanden preget av personlighet, livserfaringer, helse og sosialpsykologiske faktorer. En viktig del av omsorgen er å bevare personens egen mestring og opplevelse av å være en verdifull person. Demens er ikke en enhetlig sykdom, og de ulike demenssykdommene krever ulike sykepleietiltak tilpasset personligheten og mestringsnivået til hver enkelt person (Skovdahl & Berentsen, 2015). Personer med demens trenger ofte tid til å oppfatte, svare og uttrykke seg (Birkeland & Flovik, 2018, s. 163). Sykepleier må strukturere samtalen, fordi det kan være forvirrende dersom man hopper mellom flere temaer. Etersom demenssykdommen gradvis utvikler seg, vil det etterhvert kreve tid og anstrengelser å forstå brukeren. Da vil det være sentralt å bli kjent med brukerens etablerte rutiner og ønsker.

2.2 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1 og § 3-2) gjør det klart at alle brukere har rett på informasjon og til å medvirke i behandlings- og pleiespørsmål som angår dem selv. Hensikten er at bruker skal få større innflytelse i utformingen, og at tjenesten tilpasses den enkelte bruker basert på vedkommendes ønsker og behov. Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-5) må sykepleier tilpasse informasjonen, og gjøre den så forståelig at bruker klarer å oppfatte det som blir sagt. Dette er en forutsetning for at brukerne skal kunne medvirke. Om nødvendig bør informasjonen gis skriftlig. Brukermedvirkning innebærer også retten til å delta i beslutninger angående behandling, og bruker har krav på å få vite om ulike alternativer, virkninger og bivirkninger ved valg av medisiner (Helsedirektoratet, 2022). Er ikke brukeren samtykkekompetent, skal pårørende involveres i beslutningsprosessen. Uansett har brukeren rett til å involvere pårørende, men kan også nekte at pårørende tas med i beslutninger (§ 3-3). At pasienten har rett til å motsette seg helsehjelp fremkommer i § 4-1, som sier at helsehjelp bare kan gis med brukerens samtykke. På den andre siden legger kapittel 4A føringer for at helsehjelp kan gis

til de som motsetter seg hjelpen og mangler samtykkekompetanse. De yrkesetiske retningslinjene beskriver brukernes rett til å være medbestemmende og retten til å ikke bli krenket (Norsk sykepleieforbund, 2019).

Alle som har behov for omfattende og vedvarende hjelp har rett på en individuell plan (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, §18). Planen skal være basert på behovene til den enkelte og hva vedkommende anser som viktig. I planen skal det fremkomme hvilke mål brukeren har, hva som skal gjøres, hvem som har ansvar for hva og til hvilken tid tjenestene skal gis. Formålet med en slik plan er å få til en mer langsiktig og helhetlig tenkning, som vil kunne føre til bedre samordning, forutsigbarhet og koordinering av tjenestene (Kirkevold, 2015, s. 110). Planen bør utarbeides så tidlig som mulig, og oppdateres jevnlig etter hvert som sykdommen utvikler seg og behov forandrer seg. I en slik plan vil man også ha fokus på hvordan brukerne vil ha det når de ikke lengre klarer å uttrykke seg.

2.3 Sykepleierens rolle og funksjon

I sykepleien til personer med demens og deres familier er det et ideal å søke så mye kunnskap som mulig. Dette gjøres for å forstå hver enkelt person og vedkommendes familie i deres kontekst, samt hvordan demenssykdommen påvirker deres liv (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 419). For personer med nedsatt hukommelse blir det som skjer her og nå viktigere etter hvert som sykdommen utvikler seg. Det som gir øyeblikket verdi er å kjenne på opplevelsen av å delta og mestre (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 420). Det er derfor viktig at sykepleier legger til rette for selvstendighet ved å veilede når bruker klarer selv, og hjelpe der det trengs. Sykepleierne bør gi individuelt tilpasset støtte slik at brukerne kan få oppleve mestring.

Joyce Travelbee (2021) arbeidet som psykiatrisk sykepleier og var lærer i sykepleieutdanningen. Tankene til Travelbee har berørt sykepleiestudenter og sykepleiere gjennom tiår, som hevdet at det var behov for en «humanistisk revolusjon» der det enkelte individ sto i sentrum og ble oppfattet som unikt. Travelbee var opptatt av den mellommenneskelige prosessen mellom sykepleier og pasient. Hun mente at sykepleiens mål og hensikt ble oppnådd gjennom etableringen av et menneske-til-menneske-forhold, og pekte

på empati og sympati som viktige forutsetninger for å kunne forstå og ha medfølelse til pasienten. Videre hevdet hun at et resultat av sympati og medfølelse var tillit, men understreket at tillit var noe som måtte opptjenes. Sykepleier må bevise i handling at hun er til å stole på, og påpekte at tillit antakeligvis oppsto raskere når sykepleier oppfylte brukernes ønsker. Dersom enkelte ønsker var utfordrende å oppfylle, anbefalte hun å gi en forklaring på hvorfor det ikke kunne gjøres, eventuelt en antydning om når det kunne skje. I følge Travelbee var sykepleierens oppgaver å anerkjenne pasienten som et unikt menneske og deretter utvikle et menneske-til-menneske-forhold til pasienten. Gjennom å bygge en relasjon til pasienten ville det være enklere å møte behovene til både pasient og pårørende, og dermed oppfylle sykepleiers hensikt.

I utviklingen av et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient mente Travelbee at når partene oppfatter hverandre som unike, ville individuelle identiteter vokse fram. På denne måten ville sykepleier begynne å registrere hvordan pasienten som individ føler, tenker og oppfatter situasjonen. Det er på den annen side viktig at ikke sykepleier overidentifiserer, som betyr at sykepleier relaterer seg så mye til pasienten at en ikke evner å skille mellom seg selv og pasienten. Veiledet selvbestemmelse handler om å samtale systematisk og konkret med pasienten, for at både sykepleier og pasient skal bli bevisst på hvordan sykdommen påvirker livet og hva som er viktig for pasienten å få hjelp med for å kunne leve best mulig med demenssykdommen (Kirkevold, 2015, s. 110). En slik tilnærming er nyttig for sykepleiere ved at det tydeliggjør de unike forskjellene mellom mennesker. Når sykepleier får en bedre forståelse av hvordan sykdommen griper inn i den enkeltes liv vil sykepleier kunne gi mer målrettede råd og hjelp, tilpasset pasienten. En slik kartleggingsmetode vil kunne danne grunnlag for utarbeidelsen av en individuell plan.

2.4 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg er en tilnærming til omsorg som setter personen i sentrum og tar hensyn til deres individuelle behov og ønsker (Kirkevold, 2015). Dette er spesielt viktig for personer med demens, da sykdommen kan påvirke deres evne til å uttrykke ønsker og behov på en tydelig måte. Personsentrert omsorg handler om å se personen bak sykdommen og ta hensyn til deres tidligere liv og interesser (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 409). Dette kan inkludere å gi personene muligheten til å delta i aktiviteter som de tidligere har likt og tilby

mat du vet de liker. For å oppnå idealet om en person- og individtilpasset sykepleie, er det viktig at sykepleiere innehar visse sentrale ferdigheter. For det første må sykepleieren ha evnen til å være oppmerksom ved å gjøre gode observasjoner og samtale med brukerne for å vite hvordan den enkelte har det, og hva vedkommende trenger videre. I tillegg må man ha evnen til å tilpasse sykepleien i forhold til hva en finner ut, og vurdere hvorvidt tilpasningen er i tråd med pasientens behov og ønsker. Det kan være en stor utfordring å finne fram til pasientens ønsker, og det krever gode observasjons- og kommunikasjonsevner, tilstrekkelig tid og tålmodighet (Kirkevold, 2015, s. 109). Selv om nasjonal faglig retningslinje for demens slår fast at helseinstitusjoner skal legge til rette for at helse- og omsorgstjenestene er personsentrerte, styres i praksis mye av hjelpen basert på rutiner, standardisering, regler, faglig ensprethet og tradisjonelle metoder (Helsedirektoratet 2022; Thorsen, 2015).

2.5 Samarbeid med pårørende

I demensomsorgen forstås ofte brukermedvirkning innenfor et triadisk perspektiv, som består av brukeren, pårørende og helsepersonell (Sørly, 2017, s. 35). Dette kompliserer brukermedvirkning som prosess. Partene må samarbeide om å utforme et godt tjenestetilbud, som forutsetter at både bruker og pårørende opplever at deres perspektiver, behov og synspunkter blir respektert og tatt hensyn til (Kirkevold, 2015 s. 147). Dette krever at partene er likeverdige, ved at både bruker, pårørende og sykepleier kan gi og motta informasjon, støtte og hjelp. For at samarbeidet skal oppfattes som likeverdig er det viktig at sykepleier lytter og tar hensyn til brukeren og pårørendes synspunkter når beslutninger skal tas. En forutsetning for godt samarbeid er at tjenestetilbudet tilpasses behovene til bruker og pårørende, og at tjenesten gis på et tidspunkt og i en form som oppleves støttende og avlastende (Kirkevold, 2015 s. 149). Pårørende har behov for bli sett og ivaretatt som viktige personer med omsorgsansvar, og for å kunne makte dette ansvaret trenger de støtte og avlastning fra hjemmetjenesten (Skovdahl & Berentsen, s. 433). Rundt 80 % av hjelpen gamle mennesker mottar, ytes av pårørende (Kirkevold, 2015, s. 145). Dersom målet om at personer med demens skal bo lengst mulig hjemme skal oppnås, må pårørende få støtte i omsorgsrollen (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 433). I tillegg bør de bli sett på som en ressurs og kunnskapskilde, der sykepleier anerkjenner den unike kunnskapen pårørende besitter og anvender dette i omsorgsarbeidet. Likevel opplever noen pårørende et sviktende samarbeid og manglende informasjon fra hjemmesykepleien. Når sykepleiere arbeider i team med et

begrenset antall ansatte rundt brukeren virker det som pårørende blir bedre ivaretatt (Birkeland & Flovik, 2018, s. 162). Pårørende til personer med demens kjenner ofte på en tung omsorgsbyrde. Det følelsesmessige forholdet mellom bruker og pårørende, omfanget av omsorgsoppgaver og helsetilstanden til pårørende påvirker opplevelsen av omsorgsbyrde (Romøren, 2015, s. 78). Hvis omsorgsbyrden blir for stor for pårørende, søkes ofte personer med demens inn i institusjoner (Sørly, 2017, s. 30). Pårørende har ofte et primært fokus på å ivareta brukerens sikkerhet og trygghet, og derfor er tilsyn ofte en del av de pårørendes omsorg til brukeren. Demenssykdommens karakter gjør at det er viktig med et nært og godt samarbeid med brukerens pårørende (Skovdahl & Berentsen, 2015; Birkeland & Flovik, 2018). For å avklare forventninger partene har til hverandre vil det kunne hjelpe å avklare roller, arbeidsoppgaver og ansvarsforhold i samarbeidet (Kirkevold, 2015, s. 149). Her kan individuell plan tjene som et utgangspunkt.

2.6 Etikk

Etikk i helse- og omsorgsfeltet dreier seg om hvordan tjenestene bør være, og om hva som er godt, rett og rettferdig (Eide & Eide, 2017, s. 85). Når man som sykepleier arbeider med personer med demens, vil man møte på etiske utfordringer nesten daglig (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 426). Velgjørenhet, ikke-skade, autonomi og rettferdighet er de viktigste etiske prinsippene å ta hensyn til når en skal løse kompliserte medisinsk-etiske spørsmål. Prinsippene anses som likeverdige, men de kan komme i konflikt med hverandre. Dersom det blir nødvendig å sette til side ett prinsipp for å få plass til å imøtekomme et annet prinsipp, bør en forsøke å gjøre konsekvensene av denne tilsidesettelsen så liten som mulig.

Prinsippet om rettferdighet omhandler plikten til å behandle like tilfeller likt og fordele ressurser rettferdig. For eksempel at alle skal ha rett på nødvendig informasjon om sin egen helsetilstand, uavhengig av diagnose. Velgjørenhet-prinsippet handler om plikten til å gjøre godt mot andre, mens ikke-skade prinsippet handler om plikten til å ikke skade andre. Disse to prinsippene henger nøye sammen og kan betraktes som to sider av samme sak. Autonomi handler om plikten til å respektere en persons beslutninger, og betraktes som et sentralt etisk og juridisk prinsipp. For å kunne foreta et selvstendig valg, er forutsetningen å få tilpasset og objektiv informasjon om ulike alternativer og konsekvenser av disse. Dersom en pasient for

eksempel nekter behandling bør det tas en vurdering om pasienten har forstått informasjonen som er blitt gitt, om pasienten er mentalt kompetent til å ta et bestemt valg, om pasientens preferanser er konsistente, og om pasienten er fri fra press utenfra. Ytre press er noe som kan true og forhindre autonomi, men det er forskjell på å gjøre noe av hensyn til andre og foreta en ikke-autonom beslutning. En motpol til autonomi er begrepet «paternalisme», og handler om at man overstyrer pasientens ønsker til pasientens eget beste. For eksempel at en lege bestemmer hvilken behandling en pasient skal ha, fordi legen har den medisinske kompetansen og vet dermed bedre enn pasienten. Slike holdninger blir i dag sett på som noe negativt og er noe helsepersonell skal prøve å unngå. Imidlertid er «svak paternalisme» i noen tilfeller godtatt når pasienten åpenbart er ute av stand til å vurdere sitt eget beste. Slike dilemmaer dukker ofte opp i arbeid med personer med demens.

(Brinchmann, 2021, s. 84-92)

2.7 Hjemmetjenesten

Hjemmesykepleie er et felles begrep for all sykepleie som gjennomføres i brukerens hjem (Birkeland & Flovik, 2018, s. 13). Over halvparten av eldre som har en demenssykdom bor hjemme. Personer med demens kan være ressurskrevende, fordi den økte forvirringen og hukommelsessvikten gjør at de trenger tilsyn og hjelp store deler av døgnet (Birkeland & Flovik, 2018, s. 163-164). Hjemmesykepleien preges ofte av tidsbegrensninger, fordi de ansatte følger en oppsatt plan for hvilke brukere de skal besøke, der det er avsatt en viss tid til hver enkelt. Det er ikke avsatt tid til behovsfortolkninger og omprioriteringer for å ivareta det aktuelle brukerbehovet. Derfor kan det være utfordrende for sykepleier å opptre langsomt og være tålmodig i møte med brukerne.

Hovedoppgaven til hjemmetjenesten er å gi omsorg, ivaretagelse og kompensere for nedsatt funksjonsevne. De fleste mennesker ønsker å være selvstendige og uavhengige av hjelp fra andre. Det er derfor viktig at ikke hjemmetjenesten bidrar til å passivisere og skape avhengighet blant brukerne (Birkeland & Flovik, 2018, s. 39). Personer med demens trenger en individuell tilnærming med kunnskapsbaserte hjelpetiltak. Brukere i hjemmetjenesten opplever både at de må ta imot hjelp fra mange pleiere, og at pleierne kommer til ulike tider. Helsepersonelloven (1999, § 4) stiller krav til at arbeidet skal utføres i samsvar med faglig

forsvarlighet, som betyr at brukeren skal få dekket sine grunnleggende behov, og at tjenesten skal gjennomføres innenfor faglige normer basert på grunnleggende verdier. Fermann & Næss (2015) viser til at hjemmetjenestens kompetansekrav for å møte de eldre sine behov favner vidt og er komplekse. Bruk av kartleggingsverktøy og rutiner for systematisk kartlegging, vurdering og dokumentasjon kan bidra til å ivareta individualiserte og komplekse behov.

Beslutningsansvaret for tildeling av tjenester kan enten påfalle hjemmetjenestekontoret lokalt eller bestillerkontoret (Fermann & Næss, 2015, s. 253). Det er mer vanlig at større kommuner har bestillerkontor, mens mindre kommuner eller tettsteder fortsatt bruker hjemmetjenestekontoret lokalt. Det finnes ingen nasjonale retningslinjer for hvordan man vurderer og tar beslutninger om prioriteringer når det gjelder behovet for sykepleie. Dette gir rom for subjektive behovsfortolkninger og ulike prioriteringer.

3.0 Metode

3.1 Design

Metode betyr å arbeide systematisk for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling (Thidemann, 2020). I denne oppgaven vil jeg bruke litteraturstudie som metode. Denne metoden kjennetegnes ved at man oppsummerer og sammenstiller relevant forskning og eksisterende litteratur innenfor et bestemt forskningsområde. Deretter vurderes funnene kritisk. Hensikten er å gi en oppdatert kunnskap på det området som problemstillingen etterspør og beskrive hvordan man har kommet fram til denne kunnskapen (Thidemann, 2020). I denne oppgaven vil jeg benytte meg av anbefalt pensumlitteratur, annen faglitteratur, tidsskrift og forskning tilgjengelig i anerkjente databaser for å belyse min problemstilling.

3.2 Søkeprosess

Søkestrategi handler om å bestemme hvilke søkeord du skal bruke i søket ditt og hvordan du skal kombinere disse (Thidemann, 2020). For å konkretisere informasjonsbehovet og søket benyttet jeg meg av rammeverket PICO (Tabell 1). Denne har til hensikt å operasjonalisere problemstillingen slik at den blir presis og søkbar (Thidemann, 2020). Deretter begynte jeg å utarbeide min søkestrategi, som går ut på å finne fram til gode søkeord og hvordan kombinere disse. For å finne gode engelske søkeord valgte jeg å benytte meg av terminologibasen MeSH, som er et verktøy for begrepsforståelse av medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk (Helsebiblioteket, 2016). Hver MeSH-term kobler sammen alle synonymer og nærliggende begreper, og definerer begrepsforståelsen. Brukermedvirkning, ble i MeSH definert som «involvering av fellesskapets medlemmer i saker som angår fellesskapet». Dette opplevdes ikke relevant. Jeg søkte derfor på ordet «pasientmedvirkning», som ble definert til «pasientens medvirkning i beslutningsprosesser som angår helsen». Der kom jeg fram til de engelske termene «patient involvement» og «patient empowerment», og de norske termene «hjemmesykepleietjeneste», «demens» og «Alzheimers sykdom».

3.2.1 PICO

Tabell 1. PICO

Hvilke faktorer påvirker brukermedvirkningen for personer med demens i hjemmetjenesten?			
	P	I	Co
Norske begrep	demens alheimers	brukermedvirkning	hjemmesykepleie
MeSH	dementia alzheimer´s disease	patient involvement patient empowerment patient participation	home care services home health care
Tekstord	dementia	patient participation user participation user involvement patient involvement patient empowerment	home care services home health care

3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier er hjelpemidler for å tydeliggjøre søket, og avgrense mengden litteratur (Thidemann, 2019). Kriteriene ble brukt for å velge ut hvilke artikler som skulle inkluderes og ekskluderes i litteraturstudien (Tabell 2)

Tabell 2. Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurdert	Ikke fagfellevurdert
Publikasjoner fra 2013-2023	Publikasjoner eldre enn 2013
Overføringsverdi til norske forhold	Studier som ikke har overføringsverdi til norske forhold
Engelsk- og norskspråklig	Artikler på andre språk enn norsk og engelsk

3.2.3 Litteratursøk

Før jeg begynte det systematiske litteratursøket startet jeg med å gjøre meg kjent med litteraturen på området ved å søke i Google Scholar, Oria og Idunn. I disse søkene ble det benyttet enkle tekstord. Deretter tok jeg utgangspunkt i kunnskapspyramiden for å finne ut hvilke databaser jeg skulle søke i, og i hvilken rekkefølge. I det øverste nivået på pyramiden finner vi oppsummert forskning og nederst ligger enkeltstudier. Jeg startet med å søke i de databasene som ligger høyt oppe i pyramiden, men fikk her ingen relevante treff. De databasene jeg utførte avanserte søk i var Cinahl, Medline og PubMed. I Cinahl og Medline ble det søkt på ett og ett ord av gangen, for så å kombinere søkene med «AND» og «OR» (Vedlegg 1). Databasens egne emneord ble benyttet der det ble foreslått relevante emneord. Det ble søkt på de samme søkeordene i begge databasene, men valg av emneord gjorde slik at det ble noen ulikheter. Etter å ha benyttet de relevante filtrene i databasene, satt jeg igjen med få relevante treff. Én artikkel fra Cinahl og to artikler fra Medline ble lagret for grundigere lesning. I PubMed ble det søkt på de samme søkeordene som i Cinahl og Medline, men her fikk jeg over 18 000 treff. Ved å se raskt gjennom titlene på de første sidene, merket jeg at det var mange irrelevante artikler. De relevante artiklene jeg fant hadde jeg allerede funnet i Cinahl og Medline. Bestemte meg da for å utføre et avansert søk i tidsskriftdatabasen Idunn, der jeg kombinerte de samme engelske søkeordene. Fikk da syv treff, der én artikkel ble inkludert til grundigere lesing. Til slutt foretok jeg et enkelt søk i Oria, som resulterte i 42 treff, der to artikler ble inkludert basert på relevans. Tilsammen ble seks artikler inkludert for grundigere lesing. Jeg avsluttet dermed søket, og begynte arbeidet med grundig lesing og kritisk vurdering av artiklene.

3.3 Kritisk vurdering av artikler

For å kritisk vurdere de valgte artiklene benyttet jeg meg av helsebibliotekets sjekklister (Helsebiblioteket, 2016). I tillegg har jeg konsekvent brukt «peer reviewed» filtret for å sikre at kildene er fagfellevurdert. Deretter undersøkte jeg om artikkelen hadde IMRaD struktur, og et godt sammendrag av artikkelens innhold. Referanselisten ble sjekket for å se til at kildehenvisningene stemte og at kildene var troverdige. Videre kikket jeg på forskningsresultatene, og undersøkte om det ble presentert ny innsikt. To av artiklene som ble inkludert for grundigere lesing ble ekskludert etter å ha kritisk vurdert de.

3.4 Analyse og syntese

Jeg startet prosessen med å lese fulltekst av alle de inkluderte artiklene flere ganger, for å få en god forståelse av innholdet. Etter dette tok jeg notater underveis der jeg forsøkte å identifisere hovedtemaer som var gjentakende. Artiklene ble analysert med utgangspunkt i problemstillingen. Det ble brukt fargekoder for å skille de ulike temaene, ved hjelp av markeringstusjer. Gul signaliserte temaet «demensdiagnosen», rød signaliserte «de ansatte», grønn signaliserte «organisatoriske forhold» og blå signaliserte «pårørende». Etter dette ble det laget et tankekart der jeg forsøkte å organisere hovedtemaer og undertemaer. Så noterte jeg ned hva de ulike artiklene sa om de enkelte temaene, og sammenfattet dette.

3.5 Etiske vurderinger

De generelle forskningsetiske retningslinjer ble brukt i arbeidet om å etisk vurdere de valgte artiklene (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Artiklene overholdt akademiske normer for kildehenvisning. Det fremkom ingen sensitive opplysninger om deltakere, og all data var anonymisert. Av de inkluderte artiklene var det bare én artikkel som var etisk godkjent. Likevel valgte jeg å ta med de artiklene som ikke var etisk godkjent, fordi de fulgte forskningsetiske retningslinjer. I tillegg redegjorde artiklene for styrker og svakheter ved studien og det kom tydelig frem hvor de hadde samlet inn data fra. Dette gjorde funnene troverdige.

4.0 Resultater

Litteratursøket resulterte i 55 treff (vedlegg 1). Etter å ha lest grundig gjennom overskrifter, sammendrag og fulltekst satt jeg igjen med fire artikler. Disse inkluderte artiklene innfridde inklusjonskriteriene, i tillegg til at de belyste problemstillingen fra flere synsvinkler. Jeg har inkludert to kvalitative studier (Hoel et al., 2021; Larsen et al., 2016), én litteraturgjennomgang (Haugen et al., 2018) og én studie med kvalitativt og kvantitativt design (Ree et al., 2020). For å gi en god oversikt over den mest relevante informasjonen fra artiklene, valgte jeg å fremstille studiene i en litteraturmatriks (Vedlegg 2). Alle de inkluderte studiene er gjennomført i Norge (Haugen et al., 2018; Hoel et al., 2021; Larsen et al., 2016; Ree et al., 2020). Imidlertid er litteraturgjennomgangen basert på engelskspråklige publikasjoner, men skrevet av norske forfattere (Haugen et al., 2018). Den tematiske analysen viste at det var fire temaer som var gjennomgående i resultatene. Disse temaene illustrer de overordnede faktorene som påvirker brukermedvirkningen hos personer med demens i hjemmetjenesten.

4.1 Demensdiagnosen

Haugen et al. (2018) viste til stigmatiseringen som personer med demens fortsatt opplever kan forhindre brukermedvirkningen. Funn fra denne studien avdekket at mange personer med demens opplevde at det å få en demensdiagnose førte til automatisk utestengelse fra beslutningsprosesser. Dette støtter Larsen et al. (2016) ved å vise til ansatte og pårørende som opplever brukerne som forvirret, og at de ikke lengre vet sitt eget beste. Deltakerne fra studien til Hoel et al. (2021) opplevde hjemmetjenesten som lite individuelt tilpasset og hadde erfaring med begrensede muligheter for deltakelse i beslutninger. Bakgrunnen for dette var at tjenesten i stor grad virket å være forhåndsbestemt, og brukerne ble nødt til å tilpasse seg hjemmetjenesten. I tillegg slet brukerne med å forstå organiseringen av tjenesten og huske informasjonen som ble gitt.

4.2 Organisatoriske forhold

To artikler beskrev utfordringer med mangel på tid i hjemmetjenesten (Larsen et al., 2016; Ree et al., 2020;) Tilgjengelige økonomiske ressurser påvirket hvordan personalet kunne

tilpasse tjenesten etter brukernes ønsker og behov (Hoel et al., 2021; Larsen et al., 2016; Ree et al., 2020). Ree et al. (2020) pekte på sammenhengen mellom tidspress og økonomi. Videre viste studien at kontinuitet var viktig for å imøtekomme brukers ønsker og behov. Ree et al. (2020) påpekte vanskeligheter med å opprettholde kontinuiteten i tjenesten, selv om de hadde implementert et dataprogram som kunne fordele de ansatte basert på brukernes bosted. Tilgang til informasjon om tilgjengelige tilbud påvirket muligheten for deltakelse i beslutninger, og «systempress» gjorde det vanskelig for pasientene å ha noen reell innflytelse (Haugen et al., 2018). Dette underbygger Hoel et al. (2021) ved å argumenterte for at brukerne ofte tilpasset seg tjenesten.

4.3. Ansatte i hjemmetjenesten

Å fremme selvstendighet ble ansett som et viktig del av arbeidet i samtlige artikler (Ree et al., 2020; Larsen et al., 2016). To artikler avdekket funn som tydet på at ansatte med lang erfaring i hjemmetjenesten vektla sikkerhet mer enn brukermedvirkning (Ree et al., 2020 og Haugen et al., 2018). De ansattes forpliktelser, som å beskytte brukerne mot skade og ivareta sikkerheten, la også begrensninger for brukermedvirkningen (Haugen et al., 2018; Larsen et al., 2016). Ree et al. (2020) fremhevet at gode samtaler og samarbeid var nøkkelen til brukermedvirkning. Ved å lytte til brukerne og bli kjent med dem, ville det være lettere å komme opp med løsninger sammen med pasienten basert på vedkommendes behov eller ønsker. Imidlertid rapporterte brukerne i en studie at opplevelsen av å bli involvert og spurt om deres behov var begrenset (Hoel et al., 2021).

4.4 Samarbeid med pårørende

Tre artikler rapporterte at samarbeidet mellom bruker, pårørende og de ansatte kunne påvirke brukermedvirkningen for personer med demens (Haugen et al., 2018; Larsen et al., 2016; Ree et al., 2020). Noen deltakere i studien betraktet pårørende som en viktig ressurs, og understreket hvordan et godt forhold til pårørende gjorde det lettere å involvere brukerne (Ree et al., 2020). Det var viktig å klargjøre forventninger partene hadde til hverandre, slik at pårørende og brukers forventninger stemte overens med hva tjenestene faktisk kunne tilby dem. I følge Haugen et al. (2018) var det noen funn som kunne tyde på at pårørende var mer bevisst på pasientens ønsker enn helsepersonell. Larsen et al. (2016) rapporterte at noen pårørende kunne ta overhånd i beslutningsprosesser og jobbe imot brukerens ønsker. Derimot,

hvis pårørende ikke var fornøyd de tilgjengelige ressursene som hjemmetjenesten tilbudte, ville de kjempe for brukerens ønsker og ressurser. Flere pårørende følte de ble ignorert i viktige beslutningsprosesser, og at de ansatte oppfattet deres forsøk på å være talsperson og gi råd, som kritikk. Dette kunne hemme samarbeidet mellom partene, men kunne også være et forsøk på å ivareta brukermedvirkningen hos bruker dersom ikke ønskene til pårørende var de samme som brukerens (Larsen et al., 2016). Ansatte og ledere syntes det var utfordrende når pårørende kom inn som en tredjepart i beslutningsprosesser og var uenig med både brukeren og de ansatte (Ree et al., 2020). På den annen side kunne pårørende ofte mangle kunnskap om demens, brukermedvirkning eller personsentrert omsorg, som hemmet samarbeidet og brukermedvirkningen til bruker. Ree et al. (2020) mente dette kunne ha sammenheng med at pårørende ikke var tilstrekkelig informert av de ansatte.

5.0 Diskusjon

5.1 Diskusjon resultater

I denne delen av oppgaven vil jeg drøfte resultatene med eksisterende faglitteratur, relevant pensumslitteratur, sykepleieteori og personlige erfaringer.

5.1.1 Faktorer knyttet til demensdiagnosen

Selve demensdiagnosen er sterkt knyttet til stigmatisering, og handler om hvordan en diagnose kan føre til ekskludering fra beslutningstaking ved at personer med demens blir sett på som ute av stand til å ta delta i beslutninger (Haugen et al., 2018). Stigmatiseringen kan føre til at brukerne mister selvtilliten til å ta selvstendige beslutninger, ved at de ikke lengre stoler på sin egen dømmekraft eller føler de mangler ferdigheter for å delta i beslutninger. I demensplanen 2025 kommer det også frem at det er mye stigma knyttet til demens, for eksempel at personer med demens ikke er i stand til å delta i ordinære aktiviteter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Dette problemet belyser Larsen et al. (2016) sin studie, der både pårørende og ansatte ga uttrykk for at personer med demens ikke alltid visste sitt eget beste. Haugen et al. (2018) mener årsaken til at en demensdiagnose kan føre til ekskludering i beslutninger er knyttet til den historiske troen på at mennesker med demens mister seg selv. Forfatterne påpekte videre at det å ha medbestemmelse og stå sentralt i eget liv var en faktor for å opprettholde identiteten. I følge Travelbee (2021) var det i utviklingen av et menneske-til-menneske-forhold at individuelle identiteter vokste fram. Dette gjorde sykepleier i stand til å fange opp hvordan brukeren føler, tenker og oppfatter situasjoner. Sett fra eget ståsted er det ikke utenkelig at personer med demens blir ekskludert fra beslutninger. Da jeg arbeidet som ufaglært på en skjermet demensavdeling fikk jeg beskjed om at jeg ikke måtte stille så mange spørsmål til brukerne. For eksempel ville kollegaer at jeg skulle si «nå er det frokost», istedenfor å spørre brukeren «vil du ha frokost?». Eldre personer med demens har ofte vansker knyttet til forstyrret appetitt og spiseatferd (Skovdahl, K. & Berentsen, 2015, s. 423). Dette kan resultere i at de ikke føler seg sultne. Hvis du spør «vil du ha frokost» til en person som ikke er sulten, vil du mest sannsynlig få et «nei» tilbake. Det er likevel ingen grunn til at bruker ikke skal få presentert noen valg. Travelbee (2021) understreker at sykdom kan sette begrensninger for valgmuligheter, men dette bør ikke føre til at bruker ikke får velge mellom

alternativer. Å kartlegge hva brukeren liker av pålegg, for å så presentere to-tre alternativer kan være en løsning for slike utfordringer. På denne måten vil brukeren få velge hva som skal serveres til frokost.

Deltakerne fra studien opplevde hjemmetjenesten som lite tilpasset deres individuelle behov og preferanser (Hoel et al., 2021). Videre beskrev de tjenesten som hovedsakelig forhåndsbestemt, basert på innarbeidede rutiner og faste timeplaner. Dette kan synes å være uheldig, da personer med demens trenger en individuell tilnærming med kunnskapsbaserte hjelpetiltak (Fermann, T. & Næss, 2015, s. 244). Hvert enkelt menneske er unikt, og har med dette behov for en individuell tilpasset tjeneste. I følge Travelbee (2021) var det viktig å fokusere på de unike forskjellene som skiller mennesker, og ikke betrakte brukerne som en oppgave som skal utføres. Dette kunne føre til at sykepleieren trakk seg unna og rettet kreftene sine mot å oppfylle institusjonelle forventninger. Nasjonal faglig retningslinje for demens fastslår at hjemmetjenesten skal legge til rette for personsentrerte tjenester (Helsedirektoratet, 2022). Likevel understreker (Thorsen, 2015, s. 69) at i praksis styres mye av hjelpen basert på rutiner, standardisering, regler og tradisjonelle metoder.

Demens påvirker evnen til å tenke og huske, og det vil bli vanskeligere for de å forstå hva som blir sagt, etter hvert som sykdommen utvikler seg (Skovdahl, K. & Berentsen, 2015, s. 411). Hoel et al. (2021) rapporterte at brukerne hadde vanskeligheter med å forstå organiseringen av tjenesten og huske informasjonen som ble gitt. Dette førte til de manglet kunnskap om hvordan de skulle delta i beslutninger og stille krav til tjenesten. I følge Travelbee (2021) er det ikke den sykes ansvar å be om hjelp. Brukere av helse- og omsorgstjenester har rett til informasjon, og den ansatte som yter helsehjelpen har på sin side plikt til å gi informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2; Helsepersonelloven, 1999, § 10). At informasjonen er tilpasset og tilgjengelig er en nødvendig forutsetning for å kunne utøve brukermedvirkningen.

5.1.2 Faktorer knyttet til organisering av hjemmetjenesten

I følge Fermann & Næss (2015) opplever brukere i hjemmetjenesten at de både må ta imot hjelp fra mange ulike pleiere, og at pleierne kommer til ulike tider. Hjemmetjenesten er organisert slik at de ansatte følger en fastsatt tiltaksplan eller arbeidsliste, der det fremkommer hvem de skal besøke, hvor lenge besøket skal vare og hvilke tiltak de skal utføre (Birkeland & Flovik, 2018, s. 163). Dette betyr at dersom en ansatt bruker lengre tid enn estimert hos en bruker, vil en annen bruker få mindre tid som en konsekvens av dette. I hjemmetjenesten kan det skje mye uforutsett, og det kan være utfordrende å følge planen til punkt og prikke. Ree et al. (2020) rapporterte at de ansatte prøvde å være fleksible, men mangelen på tid var en utfordring for de fleste. Flere større kommuner har opprettet bestillingskontor, som har beslutningsansvaret for tildeling av tjenester (Fermann & Næss, 2015, s. 253). Med andre ord har sykepleiere på bakkenivå lite de skulle ha sagt i forhold til utformingen av tjenestetilbudet til bruker. Dette blir ofte misforstått av brukerne, som tror det er de ansatte eller ledelsen som bestemmer (Ree et al., 2020). Flertallet av enhetene i den studien hadde etablert samarbeid med bestillerkontor, og pekte på hvordan de ansatte hadde mindre innflytelse i brukernes omsorgsplaner. Deltakerne fremhevet situasjoner der de godkjente arbeidsplanene ikke stemte overens med brukernes gitte behov eller ønsker. I slike tilfeller mente de ansatte at brukerinvolveringen hadde vært utilstrekkelig og noen hadde tatt avgjørelser over hodet på brukeren. To studier hevdet at de ansatte ikke alltid kunne legge til rette for at brukerne skulle delta i dagliglivet på grunn av tidspress (Larsen et al., 2016; Ree et al., 2020;). Flere deltakerne snakket om utfordringer med å ha tid til å gi personsentrert omsorg og holde seg oppdatert på hvordan de enkelte brukerne foretrekker ting gjort (Ree et al., 2020). Larsen et al. (2016) rapporterte at de ansatte uttrykte en slags offerposisjon der de følte seg begrenset av organisatoriske ressurser, som resulterte i at de ofte følte skyld over å ikke ha nok tid hos brukerne. Travelbee (1999) mente tidspress, personalmangel og stor arbeidsbyrde kunne føre til at sykepleiere i større grad betraktet brukerne som en oppgave som skulle utføres.

I følge studien til Ree et al. (2020) henger tidsbruket sammen med økonomi, som betyr at jo flere timer bestillerkontoret innvilger til en bruker, desto mer får hjemmetjenesten betalt. På bakgrunn av dette hevdet deltakerne i studien at de tilgjengelige økonomiske ressursene i kommunene og enhetene begrenset graden av brukerinvolvering. På den ene side fant Hoel et al. (2021) at brukerne ofte tilpasset seg tjenesten, og argumenterte for at brukerne var mer

opptatt av å bli tatt vare på i eget hjem enn at de ansatte skulle komme til avtalt tid. På den annen side sa deltakerne fra den andre studien (Ree et al., 2020) at de ansatte fra hjemmesykepleien pleide å ringe ved forsinkelser. De sa videre at problemet ikke lå i det å være forsinket, men heller det å ikke bli inkludert og informert når forsinkelser skjedde. Dette står i samsvar med Travelbees (1999) anbefaling om å gi en forklaring på hvorfor ikke et ønske kan oppfylles og gi en indikasjon på når det eventuelt kan bli mulig. En privat hjemmetjeneste jeg arbeidet for ønsket å imøtekomme brukernes ønsker ved at de kunne velge tidspunkt for hjemmebesøk. Dette førte til tomme løfter som ikke var mulig å overholde, og resulterte i mange misfornøyde brukere som mistet tillit til tjenesten. Årsaken til dette var at de som laget arbeidslister ikke alltid tok hensyn til brukernes ønsker og avtaler, slik at tidspunktet for besøkene oppgitt i arbeidslisten ikke stemte overens med det brukeren hadde bedt om. Dette førte til mye frustrasjon blant både brukere og ansatte, og er et eksempel på hvordan «systempress» kan resultere i lavere kvalitet på tjenestene. Funn fra studien til Haugen et al. (2018) hevder «systempress» kan gjøre det vanskelig for brukerne å ha noen reell innflytelse på egen situasjon. Systempress kan være forårsaket av økt etterspørsel, begrensede ressurser, komplekse oppgaver og ineffektive arbeidsmetoder.

Ree et al. (2020) rapporterte utfordringer med å opprettholde kontinuiteten i tjenesten, selv etter å ha implementert et dataprogram som skulle sikre faste lister etter hvor brukerne bodde. Systemet fungerte ikke alltid som tiltenkt, fordi plutselige endringer skjedde hyppig, både relatert til brukernes behov og ansatte som var syke. Funnene fra studien påpekte at faste lister, så vel som primærkontakter var betydningsfulle for kontinuitet, pasientoppfølging og for kjenne til brukeren. Ved å kjenne brukeren kan sykepleier lettere ta hensyn til sykdommen og imøtekomme ønsker og behov. Det ble ansett som spesielt viktig med faste lister for personer med demens, da de ofte hadde vanskeligheter for å uttrykke seg og kjenne igjen de ansatte. Et begrenset antall ansatte runde brukeren kunne resultere i at pårørende ble bedre ivaretatt (Birkeland & Flovik, 2018, s. 162). Imidlertid, tydet funnene fra en studie på at kvaliteten på relasjonen med de ansatte opplevdes viktigere enn kontinuitet (Hoel et al., 2021). Deltakerne på dette studiet presiserte at de foretrakk ansatte som imøtekom deres ønsker og serverte mat de likte. Dersom tiltakslistene er informative og oppdaterte trenger ikke nødvendigvis de ansatte å være kjent med bruker for å tilfredsstille brukers ønsker og behov. På den annen side pekte deltakerne på utfordringer med å etablere tillit og et forhold til de ansatte når de til stadighet måtte samarbeide med forskjellige ansatte (Hoel et al., 2021).

5.1.3 Faktorer knyttet til de ansatte i hjemmetjenesten

Sykepleier bør ha en veiledende rolle og fremme selvstendighet i arbeid med personer med demens i hjemmetjenesten. Veiledet selvbestemmelse er en metode sykepleiere kan nyttiggjøre seg av for å kunne gi bedre råd og målrettet hjelp til personer med demens (Kirkevold, 2015, s. 110). En slik tilnærming vil kunne kartlegge hva bruker synes er utfordrende, hvilke mestringsstrategier bruker besitter og hvilke ressurser bruker har. Studien til Ree et al. (2020) rapporterte at de ansatte anså det å fremme selvstendighet som en viktig del av arbeidet deres. De forsøkte å finne nyttige støtteverktøy skreddersydd, tilpasset hver enkelt, slik at de kunne håndtere flere daglige gjøremål selv. I studien til Larsen et al. (2016) rapporterte en ansatt at de forsøkte å få brukerne til å gjøre daglige aktiviteter de kunne mestre, som for eksempel å hente post. Selv om dette kunne innebære noen dager uten post. Ved å kartlegge brukerens ressurser og behov for hjelp vil sykepleier fremme selvstendighet, og øke sannsynligheten for at den hjelpen som gis er tilpasset brukers hjelpebehov (Kirkevold, 2015, s. 149). I en travel hverdag med mangel på tid kan det være utfordrende å være tålmodig og sette av tid til å veilede brukerne. En ansatt hevdet likevel at de forsøkte å sette av tid til å veilede brukerne i stedet for å gjøre det for dem (Ree et al., 2020).

Larsen et al. (2016) rapporterte at ansattes holdninger og forpliktelser kunne bidra til å redusere muligheten for brukermedvirkning, for eksempel hvis brukeren ble betraktet som ute av stand til å forstå sine egne begrensninger. I studiene til Ree et al. (2020) og Haugen et al. (2018) viser funnene at ansatte med lang arbeidserfaring la mer vekt på sikkerhet enn brukermedvirkning. Helsepersonelloven (1999, § 4) stiller krav om faglig forsvarlighet, det samme gjør de yrkesetiske retningslinjene (Norsk sykepleieforbund, 2019). I de yrkesetiske retningslinjene påpekes det at brukerne har rett til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, men også rett til medbestemmelse. Det er under slike forhandlinger etiske dilemmaer ofte oppstår. Sykepleier har plikt til å gjøre godt mot andre, ikke gjøre skade og respektere en persons beslutninger (Brinchmann, 2021). I studien til Haugen (2018) rapporterte de ansatte at de forsøkte å balansere autonomi mot sikkerhet, og enkelte ganger måtte de bruke «myk paternalisme» for å gjennomført nødvendige tiltak. Hoel et al. (2021) påpekte at brukernes opplevelse av å bli involvert var begrenset. I følge Travelbee (2021) var det sykepleier som var den ansvarlige for at den syke fikk nødvendig hjelp. Videre sa hun at ansvaret for at hjelpen også tilbys og blir gitt, hviler på sykepleier og ikke den syke. Deltakere fra studien til Ree et al. (2020) sa at de involverte brukerne ved å lytte til dem, og understreket at gode

samtaler og samarbeid var nøkkelen. For eksempel dersom en person med demens ikke vil spise når en kommer på middagsbesøk, vil det være hensiktsmessig for sykepleier å undersøke hva som er den underliggende årsaken til dette. Fra min tid i hjemmetjenesten husker jeg et det var et slikt tilfelle, der en mann med demens sjeldent ville spise middag. Gjennom å observere og samtale med bruker forsto jeg at han syntes fjordlandsmat var primitivt. Da jeg tok maten over i en delikat skål, tenkte ikke bruker over at maten kom fra fjordland, og jeg hadde etter denne oppdagelsen ingen utfordringer med at bruker ikke spiste middag.

5.1.4 Faktorer knyttet til samarbeidet med pårørende

Pårørende er å betrakte som en viktig ressurs, og kan gjøre det enklere å involvere brukere i sin egenomsorg (Ree et al., 2020). Det er viktig at sykepleier anerkjenner den unike kunnskapen pårørende besitter og bruker dette i omsorgsarbeidet (Skovdahl & Berentsen, 2015, s. 433). En studie avdekket at første steg til brukerinvolvering var å klargjøre forventninger partene har til hverandre (Ree et al., 2020). I dette arbeidet vil det være hensiktsmessig å avklare roller, arbeidsoppgaver og ansvarsforhold (Kirkevold, 2015, s. 149). Flere ansatte hevdet at de gjentatte ganger ble bedt om å hjelpe brukeren med ting som ikke var en del av deres arbeid (Ree et al. 2020). Det er uheldig når det oppstår slike konflikter. Et felles informasjonsskriv for å avklare hjemmetjenestens rolle kan være en løsning for å forberede bruker og pårørende på hva de kan forvente. Haugen et al. (2018) peker på noen funn som viste at pårørende var mer bevisst på pasientens ønsker enn helsepersonell. Denne tankegangen blir utfordret i studien til Larsen et al. (2016) der ansatte avdekker hvordan de må beskytte pasientens rettigheter og ønsker fra pårørendes ideer og krav. Denne konflikten oppsto ofte når pårørende kom inn som en tredjepart, og var uenig med både bruker og de ansatte (Ree et al., 2020). Forskningen beskrev hvordan de ansatte følte på et ansvar for å støtte brukerens nåværende ønsker og rettigheter. Dette kunne i verste fall resultere i at de pårørende følte seg oversett i viktige beslutningsprosesser. Skovdahl & Berentsen (2015) mener pårørende har behov for å bli sett og ivaretatt av de ansatte for å makte ansvaret som omsorgsperson. Pårørende kan anses som en støttespiller og en som kjemper for ressurser til brukeren. En ansatt fra studien til Larsen et al. (2016, s. 7) tydeliggjorde dette ved å si: «Engasjerte pårørende som tør å stille krav, er nødvendige for å oppnå helsetjenester av god kvalitet».

Pårørende kan mangle kunnskap om demens, personsentrert omsorg og brukermedvirkning, som gjør at de ikke alltid er kvalifiserte til å vurdere hva personen med demens virkelig trenger (Larsen et al., 2016). Etter hvert som sykdommen utvikler seg vil behovene endre seg, og det er viktig at sykepleien tilpasses etter dette. Personsentrert omsorg handler om å sette personen i sentrum og arbeide ut i fra den enkeltes behov og preferanser. Kartlegging av brukerens livshistorie og identitet er en forutsetning for å kunne jobbe personsentrert, men det arbeidet må gjøres med jevne mellomrom. Demens er en sykdom som fører til forandringer i hjernen, og vil komme til syne gjennom blant annet atferdsforandringer. For eksempel kan en person med demens alltid ha likt å stå opp tidlig, men etter hvert som sykdommen utvikler seg begynner bruker å sove mindre på natt og trenger derfor å sove lengre om morgnen. Personsentrert omsorg vil ikke da dreie seg om å vekke personen tidlig, fordi livshistorien til bruker tilsier at det er slik brukeren ønsker å ha det. Det handler om å møte brukerne der de er, og tilpasse tjenesten kontinuerlig. Ree et al. (2020) understreket viktigheten av å informere pårørende om hva personsentrert omsorg handlet om.

5.2 Diskusjon metode

En litteraturstudie er en iterativ prosess, som innebærer at man beveger seg frem og tilbake mellom trinnene i arbeidet med litteraturstudien (Thidemann, 2020, s. 90). Det oppleves utfordrende å tydeliggjøre og dokumentere dette gjennom metodedelen. Selve litteratursøket har blitt gjennomført flere ganger, og enkelte artikler har blitt ekskludert for å ikke overskride oppgavens omfang.

5.2.1 Søkeprosessen

Da jeg utarbeidet PICO-skjema oppdaget jeg hvor mange forskjellige navn som ble brukt om begrepet «brukermedvirkning» og «hjemmetjenester». I den engelske litteraturen ble jeg introdusert for enda flere navn for de samme begrepene. Jeg startet med å foreta noen søk i Cinahl og Medline der jeg kombinerte alle synonymer med «OR», for å deretter kombinere disse med «AND». Dette gjorde jeg for å få et overblikk over all informasjonen som fantes på området. Søketreffene ble høye, selv etter alle mulige filtre ble tatt i bruk. I tillegg var det en majoritet av irrelevante artikler som ikke omhandlet hverken demens eller

brukermedvirkning, og jeg bestemte meg da for å minimere søket. For eksempel oppdaget jeg at da jeg søkte på begrepet «home health care nursing» fikk jeg opp flere artikler som omhandlet sykehjem eller «nursing home». Derfor valgte jeg å ekskludere dette ordet. Det ble forsøkt å kombinere forskjellige søkeord, for å finne ut av hvilke ord som egnet seg best for å svare på min problemstilling. Til slutt startet jeg hele søkeprosessen på nytt og gjorde det så systematisk og ryddig som mulig.

6.0 Oppsummering og implikasjoner for praksis

Gjennom litteraturstudien har det blitt avdekket flere faktorer som kan påvirke brukermedvirkningen hos personer med demens i hjemmetjenesten. Stigmatisering som følge av demensdiagnosen kan føre til at brukere blir ekskludert fra beslutninger, og mister tro på egen evne til å delta. Det er derfor viktig at sykepleier besitter kunnskap om hvordan man kan inkludere brukere i beslutningsprosesser, samt benytte seg av anerkjente metoder og kartleggingsverktøy for å samle inn informasjon om brukers behov og preferanser. Personer med demens har behov for personsentrert omsorg. Studien avdekker at hjemmetjenesten i praksis oppleves som lite individuelt tilpasset i flere tilfeller, selv om lovverk, retningslinjer og forskrifter fastslår av brukermedvirkning er en rettighet som skal tas hensyn til i utforming av helse- og omsorgstjenester. Funnene tilsier at måten hjemmetjenesten er organisert på legger begrensninger for brukermedvirkningen, i tillegg til de tilgjengelige økonomiske ressursene i kommunen. De ansatte i hjemmetjenesten må balansere mellom å ivareta autonomien til den enkelte og utøve faglig forsvarlighet i omsorgsarbeidet. Et godt samarbeid med pårørende er viktig for å ivareta brukermedvirkningen blant brukerne. Det vil være hensiktsmessig å avklare forventninger og roller i en tidlig fase. Hjemmetjenesten må sørge for at både bruker og pårørende har tilgjengelig og tilpasset informasjon, slik at de evner å medvirke til en individuelt tilpasset tjeneste.

I løpet av de siste tiårene har brukermedvirkning stadig fått mer oppmerksomhet, men det er fremdeles relativt lite forskning på hvordan brukermedvirkning foregår i praksis. Det at hver enkelt ansatt i hjemmetjenesten står ansvarlig for å implementere brukermedvirkning i egen praksis, kan gjøre tjenesten mindre rettferdig. Dette kan tyde på at ledelsen må ta større ansvar for å legge til rette for både brukere, ansatte og pårørende besitter den kunnskapen som behøves for å ivareta brukermedvirkningen i hjemmetjenesten. Brukermedvirkning er et vidt begrep, og det kan diskuteres for at begrepet burde vært mer definert. På den annen side kan en standardisering av begrepet øke faren for å redusere mulighetene for individualisert omsorg. Å øke kunnskapen på dette området er derfor en kompleks oppgave, men høyst nødvendig.

Referanseliste

Bahus, M. K. (2022, 14. oktober) Brukermedvirkning i helsetjenesten. Store norske leksikon.

https://snl.no/brukermedvirkning_i_helsetjenesten

Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg.). Cappelen Damm.

Brinchmann, B. S. (2021). *Etikk i sykepleien* (5. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019, 10. februar). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>

Fermann, T. & Næss, G. (2015). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A. H. (Red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 238-261). Gyldendal Norsk Forlag.

Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* (FOR-2011-12-16-1256). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2011-12-16-1256>

Haugen, I., Slettebø, T., Ytrehus, S. (2018). Factors affecting user participation for elderly people with dementia living at home: a critical interpretive synthesis of the literature. *European Journal of Social Work*. 2019/22(6), 974-986.

<https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1441133>

Helsebiblioteket (2016, 24. oktober). *Medisinske og helsefaglige termer/MeSH på norsk og engelsk*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/legemidler/legemiddelaktuelt/medisinske-og-helsefaglige-termer-mesh-pa-norsk-og-engelsk>

Helsebiblioteket (2016, 3. juni). *4.1 Sjekklistor*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor>

Helsedirektoratet (2022, 11. mai). *Nasjonal faglig retningslinje for demens*. Helsebiblioteket

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonal-faglig-retningslinje/demens#om-demens>

Helsedirektoratet. (2022, 4. februar). *Brukermedvirkning – din rett og mulighet til å medvirke*.

Helsenorge. <https://www.helsenorge.no/rettigheter/brukermedvirkning/>

Helsedirektoratet (2022, 15. desember). *Brukermedvirkning*.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell*. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hoel, K. A., Rokstad, A. M. M., Feiring, I. H., Lichtwarck, B., Selbæk, G., Bergh, S. (2021).

Person-centered dementia care in home care services – highly recommended but still challenging to obtain: a qualitative interview study. *BMC Health Services Research* (21) 723. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06722-8>

Ingstad, K. (2021). *Sosiologi i helsefag og sykepleie* (2 utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. (2015). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utgave). Gyldendal

Kirkevold, M. (2015). Personsentrert og individualisert sykepleie. Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A. H. (Red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 106-119). Gyldendal Norsk Forlag.

Kirkevold, M. (2015). Samarbeid med pasient og pårørende. Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A. H. (Red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 145-160). Gyldendal Norsk Forlag.

Larsen, L. S., Normann, H. K., Hamran, T. (2016). Processes of user participation among formal and family caregivers in home-based care for persons with dementia. *Dementia*, 16(2), 145-256. <https://doi.org/10.1177/1471301215584702>

Norsk sykepleieforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Ree, E., Wiig, S., Braithwaite, J., Aase, I. (2020). To what degree and how do healthcare professionals in nursing homes and homecare practice user involvement? A mixed methods study. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2020/6(2), 119-136.
<https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-02-09>

Romøren, T. I. (2015). Pasient- og omsorgsforløp. Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A. H. (Red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 73-78). Gyldendal Norsk Forlag.

Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2015). Kognitiv svikt og demens. Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A. H. (Red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 408-434). Gyldendal Norsk Forlag.

Thorsen, K. (2015). Aldringsteorier. Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A. H. (Red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 58-70). Gyldendal Norsk Forlag.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (K. M. Thorbjørnsen, Overs.). Gyldendal Norsk Forlag. (Opprinnelig utgitt 1999).

Vedlegg

Vedlegg 1. Søkehistorikk

DATABASE	DATO	SØKEORD/KOMBINASJON	ANTALL TREFF	KOMMENTARER
CINAHL	11.04.23	(MH) dementia OR (MH) alzheimer´s disease AND patient involvement OR patient empowerment OR patient participation OR user participation OR user involvement AND (MH) home health care	1	(MH) = Databasens egne emneord Filtre: 2013-2021, peer reviewed Person-centered dementia care in home care services – highly recommended but still challenging to obtain: a qualitative interview study Hoel, K. A., Rokstad, A. M. M., Feiring, I. H., Lichtwarck, B., Selbæk, G., Bergh, S. Norge (2021).
MEDLINE	11.04.23	(MH) dementia OR (MH) alzheimer´s disease AND (MH) patient participation OR user participation OR user involvement OR	5	(MH) = Databasens egne emneord Filtre: 2013-2021, peer reviewed Processes of user participation among formal

		<p>patient empowerment</p> <p>AND</p> <p>(MH) home care services</p>		<p>and family caregivers in home-based care for persons with dementia.</p> <p>Larsen, L. S., Normann, H. K., Hamran, T. Norge (2017).</p>
Idunn	11.04.23	<p>dementia AND</p> <p>patient participation OR</p> <p>user participation OR</p> <p>user involvement OR</p> <p>patient empowerment</p> <p>AND</p> <p>home care services OR</p> <p>home health care</p>	7	<p>Filter: 2013-2023</p> <p>To what degree and how do healthcare professionals in nursing homes and homecare practice user involvement? A mixed methods study.</p> <p>Ree, E., Wiig, S., Braithwaite, J., Aase, I. Norge (2020).</p>
Oria	11.04.23	<p>Dementia AND user participation AND home care services</p>	42	<p>Filtre: 2013-2023, språk engelsk, fagfelleverderte tidsskrift</p> <p>Factors affecting user participation for elderly people with dementia living at home: a critical interpretive synthesis of the literature.</p>

				Norge (2019).
--	--	--	--	---------------

Forfatter (år)	Hensikt	Design/Metode	Utvalg	Resultat	Kommentar
Haugen et al. (2018)	Undersøke hvilke faktorer som påvirker brukermedvirkning for eldre hjemmeboende med demens, sett fra ulike synsvinkler	Litteraturgjennomgang De inkluderte artiklene var både kvalitative og kvantitative studier	Litteratursøket gav 1957 treff 27 artikler oppfylte inklusjonskriteriene	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stigmatisering kunne forhindre brukermedvirkningen ▪ Tilgjengelig informasjon og «systempress» påvirket brukermedvirkningen ▪ Samarbeid med pårørende kunne påvirke brukermedvirkningen 	Peer reviewed IMRaD struktur Svakheter ved metoden Kun engelske publikasjoner
Hoel et al. (2021)	Undersøke hvilke opplevelser, preferanser og behov personer med demens har knyttet til hjemmetjenester.	Kvalitativt utforskende design Dybdeintervju	12 personer med demens fra fire norske kommuner	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hjemmetjenesten opplevdes lite individuelt tilpasset. ▪ Muligheter for brukermedvirkning var begrenset. ▪ Økonomi påvirket hvordan deltakerne kunne tilpasse tjenesten etter brukernes ønsker og behov. ▪ Kontinuitet var viktig for å imøtekomme brukers ønsker og behov 	Peer reviewed Etisk godkjent. IMRaD struktur Styrker og svakheter ved studien Anonymt

<p>Larsen et al. (2016)</p>	<p>Undersøke hvordan samarbeidet mellom helsepersonell og pårørende påvirker bruker-medvirkningen blant personer med demens i hjemmetjenesten.</p>	<p>Kvalitativt design Dybdeintervju</p>	<p>17 personer fra fem norske kommuner. 7 av disse var pårørende. 10 av disse var helsepersonell.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deltakerne mente at personer med demens ikke alltid visste sitt eget beste ▪ Deltakerne pekte på utfordringer med tidspress ▪ Økonomi påvirket hvordan deltakerne kunne tilpasse tjenesten etter brukernes ønsker og behov. ▪ Samarbeid med pårørende kunne påvirke brukermedvirkningen 	<p>Peer reviewed Ikke etisk godkjent IMRaD struktur Svakheter ved metoden Anonymt</p>
<p>Ree et al. (2020)</p>	<p>Undersøke i hvilken grad og hvordan bruker-medvirkning praktiseres i daglig arbeid og i kvalitetsforbedring i sykehjem og hjemmetjenesten.</p>	<p>Kvalitativt og kvantitativt design Fokusgruppe-intervjuer med ansatte Individuelle intervjuer med ledere Spørreundersøkelse</p>	<p>45 ledere og 40 ansatte fra ni norske kommuner deltok på intervjuer. 304 deltok på spørreundersøkelsen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deltakerne pekte på utfordringer med tidspress og kontinuitet ▪ Økonomi påvirket hvordan deltakerne kunne tilpasse tjenesten etter brukernes ønsker og behov ▪ Samarbeid med pårørende kunne påvirke brukermedvirkningen 	<p>Peer reviewed Ikke etisk godkjent IMRaD struktur Styrker og svakheter ved studien Troverdige resultater, anonymt</p>