



# Høgskulen på Vestlandet

## Masteroppgave

MASA645-MG-2023-HØST-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	18-11-2023 09:00 CET	<b>Termin:</b>	2023 HØST
<b>Sluttdato:</b>	01-12-2023 14:00 CET	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Masteroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 MASA645 1 MG 2023 HØST		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	401
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	22720
----------------------	-------

**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

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	1
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min \*

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# MASTEROPPGAVE

Eldres medvirkning i egen hverdag

– En kvalitativ studie om medvirkning i omsorgsboliger

Participation of the elderly in everyday life

– A qualitative study on participation in care homes

Anita Støyva Sæternes

Master i samfunnsarbeid

Institutt for velferd og deltaking

Veileder: Gudmund Ågotnes

01.12.2023

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.

## **Sammendrag**

*Nøkkelord: Samfunnsarbeid, Brukermedvirkning, Deltakelse, Eldre, Omsorgsbolig, Bergen kommune*

Hensikten med dette masterprosjektet har vært å undersøke hvordan eldre, som bor i omsorgsbolig i Bergen kommune, erfarer brukermedvirkning og deltakelse i egen hverdag. Bakgrunnen for tematikk og problemstilling har vært de demografiske endringene som samfunnet er inne i, med en økende andel eldre. Endringene i demografien er forventet å legge et større press på helse- og omsorgssektoren. I Stortingsmeldinger og kommuneplaner blir brukermedvirkning og samskaping presentert som en del av løsningen på fremtidens ressursutfordringer. Derfor har hensikten vært å undersøke hvordan brukermedvirkning praktiseres og oppleves for brukeren, og diskutere hvorvidt det er mulig å implementere reell medvirkningskraft i omsorgsarbeidet.

Problemstilling: Hvordan erfarer eldre i omsorgsboliger medvirkning i egen hverdag?

Prosjektets teoretiske grunnlag har vært Arnsteins deltakelsesstige, empowerment perspektivet, samskapings teori, så vel som rettighetsdiskurs og konsumentdiskurs. Dette har vært et kvalitativt prosjekt, med et fenomenologisk perspektiv. Data har blitt samlet inn gjennom semi-strukturerte intervju med beboere i omsorgsboliger.

Resultatet av intervjuene viser hvordan beboernes medvirkningsmuligheter varierer avhengig av situasjon, og kan plasseres langs flere av trinnene i Arnsteins deltakelsesstige. Deltakerne deler hendelser som viser ulike barrierer for god medvirkning, samtidig er det svært varierende grad av motivasjon og interesse for medvirkning hos deltakerne.

Funnene, i kombinasjon med Stortingsmeldinger, kommuneplaner og tidligere forskning, brukes til å diskutere om beboerne har reell medvirkningskraft. I tillegg diskuteres hvorvidt medvirkning er ubetinget positivt, og om brukermedvirkning romantiseres i offisielle meldinger og planer.

## Summary

*Keywords: Community work, User participation, Elderly, Assisted living facility, Bergen Municipality*

The purpose of this masters project has been to investigate how the elderly, residing in assisted living facilities in Bergen Municipality, experience user participation in their daily lives. The background for the theme and research question stems from the demographic changes society is undergoing, with an increasing proportion of elderly individuals. The demographic shifts are expected to exert greater pressure on the health and care sector. In parliamentary reports and municipal plans, user participation and co-creation are presented as part of the solution to future resource challenges. Therefore, the aim has been to examine how user participation is practiced and experienced for the user, and to discuss the feasibility of implementing genuine participatory power in care work.

Research question: How do the elderly in assisted living facilities experience participation in their daily lives?

The theoretical foundation of the project has been Arnstein's ladder of participation, the empowerment perspective, co-creation theory, as well as the discourse of rights and consumer discourse. This has been a qualitative project with a phenomenological perspective. Data has been collected through semi-structured interviews with residents in assisted living facilities.

The results of the interviews demonstrate how residents' participation opportunities vary depending on the situation and can be placed along several steps of Arnstein's ladder of participation. Participants share incidents that reveal various barriers to effective participation, and at the same time, there is a highly varied degree of motivation and interest in participation among the participants.

The findings, in combination with parliamentary reports, municipal plans, and previous research, are used to discuss whether the residents have genuine participatory power. Additionally, the discussion explores whether participation is unconditionally positive and whether user participation is romanticized in official reports and plans.

## Forord

Sluttstreken for masterprosjektet har kommet. Det har vært et spennende og lærerikt arbeid, men også frustrerende til tider. Mange har bidratt, og alle fortjener en stor takk. Jeg vil begynne med å takke bestemoren min som har jobbet mange år i eldreomsorgen, og som har vært inspirasjonen for dette masterprosjektet.

Videre ønsker jeg å rette en takk til Kunnskapskommunen ved Bergen kommune som har bidratt i rekrutteringsprosessen, slik at jeg kunne få dette til. Jeg vil også sende en stor takk til alle som tok seg tid til å stille opp til intervju. Dere har gitt av dere selv, og jeg husker dere alle godt. Når jeg leser gjennom intervjuene kan jeg fremdeles høre stemmene deres.

Min veileder, Gudmund Ågotnes, fortjener også en stor takk. Han har vært en hjelpsom og forståelsesfull veileder, som har kommet med konstruktive og nyttige tilbakemeldinger gjennom hele prosjektet. Mine medstudenter fra sluttseminaret fortjener også en takk gode tilbakemeldinger. Dere har vært et godt forum å være en del av, for egen oppgave, men også for å lære gjennom deres prosjekter. Takk til Jo, Marthe og Torhild.

Jeg vil også takke min mann, Knut Anders, for å ha støttet meg hele veien. Jeg hadde ikke klart dette uten deg. Takk til familie og venner, som har hatt troen på meg. Til slutt vil jeg også takke Ingrid og David for å ha hjulpet meg gjennom de frustrerende periodene i prosjektet.

Bergen, 01.12.2023

Anita Støyva Sæternes

## INNHALDSFORTEGNELSE

1. Introduksjon	7
1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål	7
1.2 Oppgavens oppbygning	7
2. Introduksjon til tema	8
2.1 Demografiske endringer	8
2.2 Bergen kommune	9
2.3 Brukermedvirkning innen helse- og omsorgstjenester	11
2.4 Lovverk - hva sier ulike lovverk om medvirkning i eldreomsorgen?	12
2.5 Tidligere forskning på offentlig diskurs	13
2.6 Tidligere forskning på faglig skjønn og ressursutfordringer	15
2.7 Stortingsmeldinger og kommuneplaner	17
2.7.1 Nasjonalt	18
2.7.2 Bergen kommune	19
2.7.3 Mestring i egen hverdag	21
2.7.4 Ressurser	22
3. Teori - ulike modeller og perspektiv på medvirkning	23
3.1 Empowerment	23
3.2 Stigemodeller og ulike grader av medvirkning	24
3.3 Erfaringskunnskapens verdi	26
3.4 Medvirkning på individ- og systemnivå	27
3.5 Rettighetsdiskurs og konsumentdiskurs	27
3.6 Samskaping	28
3.7 Medvirkning som den del av samfunnsarbeid	30
4. Metodologi	31
4.1 Vitenskapsteoretisk fundament i prosjektet	31
4.2 Forskningsmetode	33
4.3 Utvalg og rekruttering	33
4.4 Datainnsamling	34
4.5 Analyse av datamaterialet	35
4.6 Etiske overveielser	37
4.7 Troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet	38
5. Resultat og funn	40
5.1 Forståelse av medvirkning	40

5.2 Opplevelse av medvirkning	41
5.2.1 Tilgang på informasjon	42
5.2.2 Kollektiv medvirkning	43
5.2.3 Individuell medvirkning	44
5.4 Oppsummering av funn	45
5.3 Barrierer for medvirkning	46
5.3.1 Mangel på kontinuitet i hjemmesykepleien	48
5.3.2 Eldres opplevelse av å ikke bli hørt	49
5.3.3 Mangel på god kommunikasjon	50
5.3.4 Eldres interesse for brukermedvirkning	51
6. Diskusjon	53
6.1 Har de eldre en reell medvirkningskraft?	53
6.2 Er det realistisk å oppnå reell brukermedvirkning i eldreomsorgen?	55
6.3 Medvirkning som et ledd i en større trend	59
7. Konklusjon	60
7.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning	62
Litteratur	63
Vedlegg 1 - Godkjenning fra Sikt	68
Vedlegg 2 - Informasjonsskriv og samtykkeskjema	70
Vedlegg 3 - Intervjuguide	74
Vedlegg 4 - Vurdering av ny sluttdato for prosjektet	76



## **1. Introduksjon**

Medvirkning i eldreomsorgen er tema for dette masterprosjektet. Bakgrunnen for valg av tema er de demografiske endringene som den norske velferdsstaten står overfor. Eldreomsorg er en tematikk som er aktuell i samfunnsdebatten. Vi lever stadig lenger, og det blir flere eldre mennesker som har behov for omsorg. Det er allerede en utfordring med tanke på ressurser, og det er en voksende utfordring. Derfor ønsker jeg å trekke frem hvordan medvirkning erfarer, og diskutere hvorvidt reell medvirkningskraft er mulig og forsvarlig. Det er viktig å få frem eldres stemmer i samfunnsdebatten.

### **1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål**

Problemstillingen er 'Hvordan erfarer eldre i omsorgsboliger medvirkning i egen hverdag?'. Jeg har valgt å geografisk avgrense problemstillingen til Bergen kommune. For å besvare problemstillingen har jeg laget tre forskningsspørsmål som kan bidra til å belyse temaet.

1. Opplever eldre at deres ønsker og behov blir møtt?
2. På hvilken måte får eldre mulighet til å medvirke i avgjørelser som angår dem selv?
3. Hvordan er medvirkning inkludert i kommunens planer for eldreomsorg?

Medvirkning kan ha flere betydninger, og foregå på mange måter. Jeg vil undersøke hva eldre legger i begrepet, og hvordan de opplever og ser for seg at medvirkning kan foregå i praksis. Hensikten er å kaste lys over eldres mulighet for medvirkning.

### **1.2 Oppgavens oppbygning**

Oppgaven starter med et kapittel som gir en introduksjon til tematikken, med redegjørelse for oppgavens relevans i dagens samfunn. Videre i kapitlet presenteres ulike lovverk som omhandler medvirkning i eldreomsorgen, medvirkning innenfor samfunnsarbeid, og tidligere forskning om medvirkning i eldreomsorg. Deretter følger et teorikapittel om ulike modeller og perspektiv på medvirkning, og en redegjørelse for hvilken rolle teorien har i denne oppgaven. Videre følger et kapittel hvor jeg beskriver det vitenskapsteoretiske fundamentet i oppgaven, valg av metode, gjennomføring av datainnsamling, og etiske overveielser for prosjektet. Deretter følger et kapittel som presenterer analyse og funn. Til slutt følger en diskusjonsdel, hvor funnene knyttes til tidligere forskning, medvirkningsteori og prosjektets problemstilling.

## **2. Introduksjon til tema**

Siden andre verdenskrig har “hjemme så lenge som mulig” vært idealet for eldreomsorgen i Norge. Når familien ikke kunne gi tilstrekkelig omsorg, var institusjonsomsorg det eneste alternativet. På 1970-tallet doblet antall sykehjemsplasser seg. På 1970-tallet kom det også en verdiendring, hvor man begynte å vektlegge brukernes rettigheter. Den gang brukte man ikke begrepet ‘brukermedvirkning’, men heller ord som ‘medbestemmelse’ eller ‘innflytelse’ (Askheim, 2017, s. 139). Det var først på 1980-tallet at omsorgsboliger og hjemmesykepleie ble et reelt alternativ til institusjonsomsorg (Daatland & Otnes, 2015, s. 15). På 1990-tallet endret omsorgspolitikken seg, og man ønsket et større fokus på individets ønsker og behov i omsorgen, mer normaliserte boformer fremfor institusjonens boform, og en endret grense mellom det offentlige og det private (Daatland & Otnes, 2015, s. 16). Kommunen skulle ha ansvar for tjeneste gjennomføringen, men boligen skulle være personlig for brukeren. Dette gjaldt ikke kun eldreomsorgen, men også omsorgsboliger for yngre brukere.

Befolkningen var splittet mellom omsorgsboliger og institusjonsomsorg. De som var tilhengere av de nye omsorgsboligene mente at det ville være bedre for individet som hadde omsorgsbehov, i tillegg til at det ville være mer kostnadseffektivt for kommunen og gi mer fleksibilitet til kommunene. De som var tilhengere av institusjonsomsorg var bekymret for at kommunen ikke ville gi tilstrekkelig helse- og omsorgshjelp i omsorgsboligene (Daatland & Otnes, 2015, s. 17). Folk flest ville valgt omsorgsbolig for sin egen alderdom. Mens pårørende ville valgt sykehjem for sine familiemedlemmer, fordi det ville kreve mindre fra familiens side (Daatland & Otnes, 2015, s. 17).

Omsorgspolitikken i Norge har lenge hatt en todelt satsing på både sykehjem og omsorgsboliger. I dag er det rundt 23 000 offentlige omsorgsboliger i Norge, sammenlignet med omtrent 39 000 sykehjemsplasser (Statistisk sentralbyrå, 2022b).

### **2.1 Demografiske endringer**

Ifølge Statistisk sentralbyrå var 16% av Norges befolkning kategorisert som eldre i 2022, som vil si at de var minst 67 år gamle (Statistisk sentralbyrå, 2022a). Det vil si en dobling fra 8% i 1950. (Statistisk sentralbyrå, 2022a). I de nasjonale befolkningsfremskrivingene er det forventet å være flere eldre enn barn og unge i 2030 (Statistisk sentralbyrå, 2020). Det vil si at hver femte person vil være over 70 år i 2060, sammenlignet med at hver åttende person er over 70 år i dag. (Statistisk sentralbyrå, 2020). Økningen forventes å være størst blant de eldste eldre, altså de som er 80 år eller eldre. Altså at antallet eldre over 80 år er forventet å

tre doble seg før 2060, og antallet over 90 år forventes å nesten femdoble seg (Statistisk sentralbyrå, 2020). Det blir dermed færre yrkesaktive som skal gi helse- og omsorgstjenester til flere eldre. I planleggingen av fremtidens eldreomsorg vil dette være et viktig perspektiv å ta i betraktning (Bergen kommune, 2019b, s. 5) Disse demografiske endringene setter velferdssamfunnet i en situasjon som stiller krav til omveltning og nytenkning i eldreomsorgen i årene fremover. Det anslås at det er nødvendig med en 75 prosent økning i arbeidskraft innen 2035, noe som vil være en stor utfordring å oppnå med tanke på den forventede demografiske utviklingen (Ågotnes, Moholt, Blix, 2021, s. 2).

‘Eldrebølgen’ er et faktum, og velferdsstatens ressurser er allerede under press, og det merkes i omsorgssektoren. Det kommer stadig nye overskrifter om utilstrekkelig bemanning og tidspress i helse- og omsorgssektoren. I møte med en voksende andel eldre i samfunnet blir det derfor viktig å organisere omsorgsarbeidet på en måte som gir tilstrekkelig god kvalitet, så vel som at arbeidet må være ressurseffektivt. Det må også sies at disse demografiske endringene ikke kun handler om økt levealder. Synkende fødselstall har også innvirkning på de forventede endringene (Christensen, 2018, s. 79). I tillegg må man ta med ulike faktorer som at de nye generasjonene med eldre ser ut til å være friskere, ha høyere utdanning, høyere nivå av inntekt og ressurser, for å nevne noen (Bergen kommune, 2019a, s. 6). Likevel er det viktig å understreke viktigheten av hvordan en utfordring fremstilles. De demografiske endringene som velferdsstaten vil møte fremover, blir presentert som en ‘eldrebølge’, og som et problem som må løses. Christensen (2018, s. 76) argumenterer for at bruken av bølge metaforen skaper et bilde av de demografiske endringene som en ventende katastrofe. Resultatet er at den eldre befolkningen stigmatiseres, og stemples som en byrde for samfunnet. Dette til tross for at en rekke folkehelsemeldinger bakover i tid har definert høy levealder som et nasjonalt mål (Christensen, 2018, s. 84). I stedet for at man presenterer de demografiske endringene som et problem som må løses, kunne man ha flyttet fokuset, og sagt at vi som samfunn må tilpasse oss situasjonen.

## **2.2 Bergen kommune**

Eldreomsorg, deriblant omsorgsboliger og hjemmetjenester, er hovedsakelig et kommunalt ansvar (Ågotnes, Moholt, Blix, 2021, s. 3). Per 2023 er det rundt 800 omsorgsboliger i Bergen kommune (Bergen kommune, 2023a). Sammenlignet med dette, utgjør personer over 65 år omtrent 15% av befolkningen i Bergen, hvorav 4,2% er over 80 år. Dette innebærer at over 31 000 personer er i alderen 65-79 år, mens mer enn 14 000 personer er

over 80 år (Bergen kommune, 2019a, s. 6). Disse tallene indikerer at mange eldre kan forvente en alderdom på 20-25 år. Frem mot 2040 forventes en nær fordobling i antall innbyggere over 80 år (Bergen kommune, 2019a, s. 4).

De forventede demografiske endringene vil skape utfordringer for bærekraften i helse-og omsorgssektoren. Meld. St. 29 (2012-2013) oppfordrer kommunene til å satse på forebyggende tiltak i eldreomsorgen, spesielt med tanke på lavterskeltilbud og rehabilitering for å fremme egenmestring. Innovasjon og økt bruk av teknologi i helse- og omsorgssektoren blir også vektlagt. Dette reflekteres i seniorplanen for Bergen kommune (2019-2024), som understreker behovet for endringer i prioritering når helse- og omsorgstjenestene er under press. Det kreves økt bruk av samfunnets ressurser, samtidig som den enkelte må ta større ansvar for å planlegge sin egen alderdom, slik at kommunen kan prioritere de med størst hjelpebehov (Bergen kommune, 2019a, s. 5).

Samtidig er hjelpebehovet blant eldre komplekst og kan kreve ressurser fra ulike støtteapparater. Meld. St. 15 (2017-2018, s. 66) fastslår at det fortsatt er svakheter på grunnleggende områder i tjenestetilbudet til eldre, inkludert mattilbud, helsehjelp, sosiale- og aktivitetstilbud, samt samordning av ulike tjenester. Mangelen på tilstrekkelige tjenester, og ikke minst sammenheng mellom disse, kan gjøre hverdagsmestring vanskelig for mange eldre og pårørende (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 17).

Fremover forventes økende ulikheter i Eldres helse og muligheter, basert på variabler som familiestruktur, utdanningsnivå og økonomisk situasjon (Bergen kommune, 2019a, s. 6). Demografiske framskrivninger indikerer at fremtidens eldre vil ha høyere utdanningsnivå og inntekt mens de er yrkesaktive. Disse faktorene antyder bedre helse for fremtidige eldre generasjoner (Bergen kommune, 2019a, s. 15).

Samtidig som mange vil ha en høyere inntekt, er det flere av de fremtidige eldre som vil motta lavere pensjonsutbetalinger enn dagens eldre. Demografiske framskrivninger peker også på økt mangfold blant eldre, med flere innvandrere, enslige og barnløse menn. I tillegg forventes det at flere eldre ikke bor i nærheten av sine voksne barn, på grunn av sentralisering. Konsekvensene blir at mange eldre ikke vil ha tilgang på uformell omsorg (Bergen kommune, 2019a, s. 6). Selv om fremtidens eldre generelt sett forventes å være mer ressurssterke, vil det fortsatt være eldre med lavere sosioøkonomisk status, som statistisk sett står overfor større helseutfordringer og mangler ressurser til å mestre hverdagen på egen hånd (Bergen kommune, 2019a, s. 15).

«Vi må ikke tegne opp et bilde av alle eldre som skrøpelige og hjelpetrengende. Vi må heller ikke tegne opp et bilde av alle eldre som ressurssterke og aktive.» (Bergen kommune,

2019a, s. 7). Seniorplanen til Bergen kommune understreker at eldre som gruppe er mangfoldige, med individuelle forutsetninger, behov og preferanser. Kommunens tilnærming samsvarer med styringssignalene i stortingsmelding 29 (2012-2013, s. 12), som understreker at omsorgstjenester skal tilpasses individuelt, uavhengig av kjønn, fysiske eller psykiske forutsetninger, diagnose, språk, kultur, tro eller livssyn.

Økende levealder er et resultat av bedring i folkehelsen over lang tid. Bedre helse blant den eldre befolkningen er en viktig ressurs for velferdssamfunnet. Samtidig betyr en høy levealder en økning blant de eldste eldre, som kan bety en større andel med hjelpetrequende eldre enn tidligere. Dette legger press på helse- og omsorgstjenestene, og det blir derfor viktig å prioritere forebyggende tiltak, og å tilrettelegge for at eldre kan leve selvstendig i størst mulig grad (Bergen kommune, 2019a, s. 4). På den måten kan ressursene gå til å yte helse- og omsorgstjenester til de som har størst hjelpebehov.

### **2.3 Brukermedvirkning innen helse- og omsorgstjenester**

Brukermedvirkning er et sentralt prinsipp innen helse- og omsorgstjenester, og offentlige instanser som Helsedirektoratet og Helsenorge.no har klare definisjoner for hvordan dette prinsippet skal implementeres. Helsedirektoratet legger vekt på at brukermedvirkning innebærer at brukeren skal betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår deres helseproblem. Det understrekes at brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og tjenesteapparatet har en plikt til å involvere brukere i undersøkelser, behandling og valg av tjenestetilbud (Helsedirektoratet, 2022).

Helsenorge.no legger vekt på at tjenestetilbudet skal utformes i samarbeid med pasienten eller brukeren så langt som mulig. Brukermedvirkning innebærer først og fremst å bruke brukerens erfaringer for å forbedre kvaliteten på tjenestene. Det er viktig å påpeke at brukermedvirkning ikke fratasker behandleren sitt faglige ansvar, og det er en grense for hvor langt brukernes innflytelse kan gå (Helsenorge, 2022). Dette understreker betydningen av en balanse mellom erfaringskunnskap og ekspertkunnskap.

I Stortingsmelding 29 (2012-2013, s. 52) introduseres også begrepet brukerstyring, som kan overlape med brukermedvirkning, men går lenger ved å overføre makt og styringsmuligheter til brukerne. Mens brukermedvirkning kan innebære dialog og innflytelse, går brukerstyring mer i retning av å gi brukere formell makt og ansvar på institusjonsnivå.

## 2.4 Lovverk - hva sier ulike lovverk om medvirkning i eldreomsorgen?

I Norge har man rett til å leve et meningsfylt liv, uansett alder. Dette gjelder også om man bor i omsorgsbolig, og har et hjelpebehov. De som bor i omsorgsbolig, er dekket av helse- og omsorgstjenesteloven. Denne loven nevner tre måter brukeres erfaringer skal bli hørt på. For det første skal kommunen sørge for at representanter for brukergruppen blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-10). Kommunen skal også sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, etablerer et system for å hente inn brukeres erfaringer og meninger (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-10). Denne loven stiller også krav om at institusjoner, deriblant omsorgsboliger, skal drives på en måte som gjør det mulig for beboere å ta egne avgjørelser i personlige spørsmål, så langt det er forsvarlig (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §12-4).

Pasient- og brukerrettighetsloven gjelder også eldre i omsorgsboliger. Denne loven sier at "Brukere skal ha den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter" (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Dette gjelder både i planlegging og utforming av tjenestetilbudet, så vel som gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med bruker, og brukers meninger skal vektlegges i utformingen. Dersom bruker ikke har samtykkekompetanse, har nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med bruker (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester har bruker rett til å velge mellom tilgjengelige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningen skal tilpasses brukerens evne til å gi og motta informasjon (Pasient, og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

Beboere i omsorgsboliger er også dekket av verdighetsgarantiforskriften. Denne forskriften understreket at de kommunale pleie- og omsorgstjenestene skal tilrettelegge tjenestetilbudet på en måte som respekterer den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel (Verdighetsgarantiforskriften, 2010, §3). Pleie- og omsorgstjenestene skal så langt som mulig sikre at den enkelte tjenestemottaker får levd et meningsfylt liv, i samsvar med den enkeltes behov (Verdighetsgarantiforskriften, 2010, §2). Verdighetsgarantiforskriften gjenspeiles i Stortingsmelding 29 (2012-2013), hvor det vektlegges at det er forskjell på å få tjenester for overleve, og å få assistanse til å leve et liv (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 12). Det argumenteres derfor for at man i møte med de demografiske endringene, må skape løsninger som forutsetter at befolkningen deltar i utformingen av ulike offentlige tjenestetilbud (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 12). Det betyr at eldre ikke lenger kun blir brukere av omsorgstjenester,

men også produsenter, ved at de får medvirke eller samskape i prosessen. Dette vil diskuteres i kapittel 6.

## **2.5 Tidligere forskning på offentlig diskurs**

Ifølge analysen til Christensen og Fluge (2016) blir begreper som 'eldrebølgen', 'innovative løsninger', 'bærekraftighet', 'effektivitet', 'medvirkning', og 'rettigheter og ansvar' fremhevet i offentlig og politisk diskurs. På overflaten kan denne diskursen virke som en positiv satsing på individuell tjenestetilpasning og brukervedvirkning, men ved nærmere undersøkelse avdekkes en ressurs debatt og omplassering av ansvar. Omsorgssektoren sliter i dag med ressursmangel, inkludert tilstrekkelig bemanning, kompetansebygging, og nødvendige økonomiske midler. Disse utfordringene diskuteres i ulike offentlige fora, inkludert stortingsmeldinger, hvor brukervedvirkning og innovative løsninger som samproduksjon blir presentert som framtidige svar på utfordringene. Imidlertid utelates ofte diskusjoner om hvordan slike ordninger vil fungere i praksis.

Brukermedvirkning og samproduksjon romantiseres, og det legges til grunn at nye generasjoner eldre er mer ressurssterke og derfor mindre avhengige av velferdstilbud. Dette skaper inntrykket av at det ikke er nødvendig å investere betydelige ressurser i kommunale helse- og omsorgstjenester (Christensen, 2018, s. 93). Retorikken rundt eldreomsorg dreier seg i økende grad om å pålegge individuelt ansvar, samtidig som avhengighet av velferdstjenester stigmatiseres (Christensen & Fluge, 2016, s. 91). Som Christensen og Fluge (2016, s. 91) konkluderer: "Du kan gjerne leve lenge, men du må være innstilt på å ta et større individuelt ansvar." Dette blir tydelig reflektert i Christensens observasjon om at eldre stiller svakest, delvis fordi yngres hjelpebehov oppfattes som mer alvorlige. Denne skjevheten kan knyttes til oppfatningen av at eldre er en del av den 'passive' befolkningsdelen, i kontrast til de yngre som betraktes som 'aktive' samfunnsmedlemmer (Christensen, 2018, s. 91).

Antallet referanser til brukervedvirkning i offentlige saker og publikasjoner har økt betydelig fra 84 på 90-tallet til 428 på 2000-tallet, noe som viser en økende interesse (Askheim, 2017, s. 136). Økningen i antall eldre i forhold til økningen i arbeidsstyrken antyder at det nåværende velferdssystemet ikke er bærekraftig, og endringer må skje for å tilpasse seg de demografiske endringene (Ågotnes, Moholt, Blix, 2021, s. 2). For å håndtere denne utfordringen foreslås endringer i tjeneste utforming, som involverer ulike hjelpemidler, innovative løsninger, økt privatisering, kommersialisering og vektlegging av frivillig innsats. Dette endrer tilnærmingen til eldreomsorg, der bærekraftsdiskursen fungerer som premiss for økt frivillig innsats, selv om denne forventningen ikke nødvendigvis

reflekteres i befolkningens oppfatning, sammenlignet med stortingsmeldinger (Ågotnes, Moholt, Blix, 2021, s. 4).

Diskusjonen om eldrebølgen har ofte en negativ tone i offentligheten, skapt av overskrifter som stiller spørsmål om Norges beredskap og muligheten for å håndtere denne demografiske endringen. «Er Norge godt nok rustet for eldrebølgen?» eller «Drukner vi når eldrebølgen kommer?» (Christensen, 2018, s. 76). Slike overskrifter bidrar til å skape et skremmende bilde av den demografiske utviklingen. Økningen i gjennomsnittlig levealder har lenge vært en indikator på samfunnets stigende velstand og forbedrede folkehelse. Det har vært ettertraktet og aktivt forfulgt, som påpekt av Christensen (2018, s. 81). Økt levealder har lenge vært et etterstrebet mål i det norske velferdssamfunnet. Det har blitt ansett som et tegn på forbedret levestandard. Imidlertid har diskusjonen om den aldrende befolkningen, formidlet gjennom eldrebølgemetaforen, kastet en skygge over denne positive oppfatningen og transformert den til noe negativt (Christensen, 2018, s. 92).

Samtidig fremhever offentlige dokumenter samproduksjon som en essensiell strategi for utviklingen av fremtidige velferdstjenester. Partnerskap, samarbeid og samspill mellom ulike aktører, inkludert tjenesteytere, tjenestebrukere, familie, frivillige organisasjoner og sivilsamfunn, står sentralt i denne tilnærmingen (Askheim, 2016b, s. 25). Den tredelte begrunnelsen for samproduksjon inkluderer demokratiske, kvalitetsmessige og økonomiske hensyn. Å anerkjenne tjenestebrukernes kompetanse og involvere andre aktører enn de offentlige tjenestene blir sett på som nødvendig i møte med de utfordringene velferdsstaten står overfor (Askheim, 2016b, s. 25). I tillegg belyser diskusjonen om eldrebølgen at det er nødvendig å være forsiktig med å romantisere deltakelse. Ågotnes et al (2022, s. 118) påpeker at deltakelse er en kompleks og flertydig størrelse, og at gjennomføringen av deltakelsesprosesser ofte er mer kompleks enn forventet, med resultater som ikke nødvendigvis samsvarer med forventningene.

Analysene av politikkutforming og diskurs viser at det er viktig å gå utover retorikken og undersøke hvordan brukermedvirkning fungerer i hverdagspraksis for eldre (Christensen & Fluge, 2016). Diskusjonen om eldrebølgen belyser nødvendigheten av å finne bærekraftige løsninger i omsorgssektoren, samtidig som den advarer mot forenklinger og romantisering forestillinger om deltakelse og samproduksjon. Det gjenstår å se hvordan politiske beslutninger og praktiske implementeringer vil forme fremtiden for eldreomsorgen og samfunnets respons på de pågående demografiske endringene.



## 2.6 Tidligere forskning på faglig skjønn og ressursutfordringer

En del forskning utforsker forholdet mellom brukervedvirkning og faglig skjønn, og spørsmålet om hvorvidt brukervedvirkning alltid er forsvarlig. Beboere i omsorgsboliger står ofte overfor helseutfordringer som kan gjøre deltakelse i visse aktiviteter utfordrende. Likevel er det avgjørende at beboerne får anledning til å delta der det er mulig. Selv om ansatte innen omsorgssektoren ikke nødvendigvis bruker begrepet "brukervedvirkning," er de engasjert i brukernes rett til å påvirke og delta i sin egen hverdag (Askheim, 2020, s. 180). Forskning viser at brukervedvirkning kan ta forskjellige former, inkludert å være lydhør for brukernes ønsker, ta i bruk deres kunnskap, og støtte aktiv deltakelse for hjelp til selvhjelp (Haukelien, Møller, Vike, 2011, s. 82). I praksis mener de ansatte at brukervedvirkning foregår i hverdagslige situasjoner knyttet til måltider, hygiene og rutiner (Askheim, 2020, s. 181). Dette kan inkludere valg av klær, valg av pålegg til frokost, tidspunkt for å stå opp om morgenen, hyppighet av dusjing, og lignende (Askheim, 2020, s. 174). Derfor er det avgjørende for de ansatte å ha en grundig kjennskap til beboerne for å kunne tilrettelegge for brukervedvirkning på en best mulig måte (Askheim, 2020, s. 182). Imidlertid opplever mange at brukervedvirkning ikke alltid er like relevant i det daglige på grunn av faste rutiner og systemer, og tjenesteytere møter utfordringer med å balansere brukernes ønsker og behov med tidspress og vedtatte ressurser. (Haukelien, Møller, Vike, 2011, s. 86-87).

I helse- og omsorgssektoren vil det alltid være nødvendig med skjønnsmessige vurderinger knyttet til tildeling og gjennomføring av tjenester, da hver bruker har individuelle behov (Askheim, 2016a, s. 116). Disse skjønnsvurderingene utføres i praksis av fagpersoner, som må jobbe ut ifra lover og retningslinjer, samtidig som de må gjøre faglige og skjønnsmessige vurderinger for å imøtekomme hver enkelt brukers behov (Askheim, 2016a, s. 117). Dette betyr at selv om brukervedvirkning er et mål, er det begrenset av de gitte rammene og betingelsene satt av lovgivning og institusjonelle forhold (Skjeldal, 2021, s. 169). Faglige vurderinger påvirkes av den enkelte ansattes kunnskapsnivå, og det er store variasjoner i kunnskapsnivået rundt om i landet. Skjønnsvurderingene påvirkes også av fagpersonenes egne forforståelser og fordommer, noe som også kan ha konsekvenser for brukernes muligheter for medvirkning (Askheim, 2016a, s. 117).

Et annet dilemma knyttet til faglig skjønn er i hvilken grad fagpersonene skal akseptere at beboere er passive eller velger å ikke delta. Selv om den faglige vurderingen er at beboere bør være deltakende, sosiale og aktive, bør ikke disse forventningene stå i veien for egenbestemmelse hos brukeren (Askheim, 2020, s. 174). Det kan være situasjoner der en bruker har en dårlig dag eller ønsker å være i ro. For de ansatte handler brukervedvirkning

om respekt, empati og oppbygging av relasjoner (Askheim, 2020, s. 180). Det kan være utfordrende når brukernes ønsker ikke samsvarer med de faglige vurderingene. Fagpersoner identifiserer denne utfordringen som den største hindringen for brukermedvirkning (Askheim, 2020, s. 181). Spørsmålet blir da: Er det til brukerens beste å presse dem? Mange fagpersoner i helse- og omsorgssektoren rapporterer at de anvender ulike strategier for å overtale brukeren til å gjøre det de anser som forsvarlig eller best, uten at det oppleves som tvang (Askheim, 2020, s. 181). Dette kan omfatte enkle endringer i måten spørsmål formuleres på, for eksempel ved å spørre "Hvilket pålegg vil du ha på skiven?" i stedet for å si "Vil du at jeg skal lage en skive til deg?". Dette oppmuntrer til deltakelse heller enn direkte tvang. Likevel er det en fin linje mellom oppmuntring og tvang, og press kan føre til følelse av avmakt, i motsetning til å praktisere medvirkning og styrking av brukeren (Askheim, 2020, s. 181).

I en undersøkelse av Haukelien, Møller, og Vike (2011, s. 40) blir sykepleiernes opplevelse av brukermedvirkning belyst. Resultatene viser at sykepleierne oppfatter brukermedvirkning som situasjonsbestemt, avhengig av den enkelte pasient og den konteksten de befinner seg i. Forståelsen av brukermedvirkning blir hovedsakelig beskrevet som samråd med brukeren, og dette tolkes av forfatterne som symbolsk innflytelse eller myndighet. Imidlertid fremgår det i rapporten at reell brukermedvirkning er utfordrende i praksis, spesielt blant eldre med svekket helsetilstand. Strukturelle begrensninger som tid, personalressurser, og organisering av tjenestetilbudet hindrer også effektiv brukermedvirkning. I hektiske hverdagsrutiner står tjenesteyterne ofte overfor dilemmaet mellom å hjelpe brukerne direkte og å la dem hjelpe seg selv (Haukelien, Møller, Vike, 2011, s. 114). Tidsnød kan føre til valg av det første alternativet, selv om man ideelt sett ønsker å oppmuntre til selvstendighet.

I velferdstjenester er endring av maktfordelingen mellom tjenesteytere og -mottakere et overordnet mål for brukermedvirkning (Christensen & Fluge, 2016, s. 263). Samtidig påpeker Jenhaug (2018, s. 50) at det eksisterer skjev maktfordeling, spesielt i samarbeid med offentlige tjenester, der ansatte har profesjonskunnskap og råderett over ressurser. Dette skaper mulige utfordringer i å sikre reell brukermedvirkning. Dette er et viktig poeng i diskusjonen om standardisering versus individuell tilpasning av omsorgstjenester. I moderne velferdstjenester står dilemmaet om individuell tilpasning kontra standardisering sentralt. Skjeldal (2021, s. 16) påpeker at å skreddersy tjenester for hver enkelt bruker kan være utfordrende, samtidig som mangel på brukerorientering kan føre til standardisering og neglisjering av individuelle behov. Dette dilemmaet understreker nødvendigheten av å finne en balanse i utformingen av tjenestetilbudet.

Sosialarbeidere i sosialtjenesten argumenterer for at brukermedvirkning vil gi positive resultater på lang sikt, men i praksis blir det ofte nedprioritert på grunn av ressursmangel, ifølge Askheim (2016a, s. 139). Tidsmangel blir pekt ut som hovedårsaken til manglende brukermedvirkning, ifølge de ansatte, da brukermedvirkning ville krevd mer arbeid og tid. Til tross for dette uttrykker de ansatte ønske om mer tid til å praktisere brukermedvirkning, da de tror det vil være mer effektivt på sikt og resultere i bedre tiltak for brukerne (Askheim, 2016a, s. 139). I eldreomsorgen ser vi lignende utfordringer, hvor bemanningen er utilstrekkelig, noe som fører til at rutinemessige oppgaver prioriteres over andre aktiviteter (Askheim, 2020, s. 174). Løfter og forventninger "ovenfra" lar seg ikke alltid realisere "på gulvet". Dette fenomenet, der implementeringen av politiske beslutninger møter hindringer i praksis, understreker gapet mellom teori og praksis i helse- og omsorgsarbeidet. Undersøkelser viser at ansatte i velferdsyrker opplever økte effektivitetskrav, noe som gjør det vanskeligere å oppfylle forpliktelsene overfor brukerne (Askheim, 2016a, s. 139). Dette illustrerer utfordringene ved å opprettholde kvaliteten i tjenestene i lys av økt press på effektivitet.

Pårørende spiller en avgjørende rolle i helse- og omsorgssektoren, og de utfører omtrent like mange årsverk som de ansatte (Jenhaug, 2018, s. 45). Endringer i pårørendes ulønnede bidrag vil påvirke behovet for arbeidskraft i sektoren. Pårørende regnes derfor som en viktig ressurs i regnestykket om fremtidens omsorgsbudsjett. Med dagens nivå av pårørendes bidrag vil det være behov for en doblet arbeidsstyrke i offentlig sektor innen 2060 (Jenhaug, 2018, s. 45). Dette aktualiserer betydningen av å støtte pårørende og sikre en bærekraftig omsorgssektor.

Samlet sett understreker forskningen kompleksiteten og nyansene knyttet til praktisk implementering av brukermedvirkning i helse- og velferdstjenester. Utfordringer knyttet til pasientenes helsetilstand, strukturelle begrensninger, og variasjoner i brukernes evne til å uttrykke ønsker krever en differensiert tilnærming for å sikre reell og meningsfull brukermedvirkning. Å finne balansen mellom standardisering og individuelle behov vil være avgjørende for å oppnå målet om reell brukermedvirkning.

## **2.7 Stortingsmeldinger og kommuneplaner**

Selv om norske brukere i stor grad uttrykker tilfredshet med de tjenestene de mottar, peker resultater fra brukerundersøkelser på behovet for forbedringer, spesielt knyttet til kontinuitet, informasjon og samarbeid. Noen opplever fremdeles at deres verdier og preferanser ikke blir respektert, eller at de ikke mottar informasjon på en måte eller på et språk som gjør det mulig for dem å delta aktivt i utforming av sitt eget tjenestetilbud (Meld. St. 29 (2012–2013) s. 50).

Regjeringens strategi for å møte utfordringene i omsorgssektoren inkluderer en målrettet innsats på frivillig basis og samarbeid med lokalsamfunnet, samt en personsentrert tilnærming. Det legges vekt på å ivareta eldre som hele mennesker, med respekt for deres verdier, kultur, og identitet, samt å tilrettelegge tjenester basert på individuelle behov og ønsker. For å oppnå dette, foreslår regjeringen tiltak som primærkontakt ordninger, riktig hjelp til riktig tid, innføring av nye arbeids- og organisasjonsformer, samt alternative turnusordninger (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 26). Trygghet er sentralt for en aktiv alderdom, og trygghet innebærer en følelse av mestring i hverdagen, både økonomisk, sosialt og fysisk, samtidig som man er sikker på å få støtte når behovet for hjelp oppstår (Bergen kommune, 2019a, s. 20).

### **2.7.1 Nasjonalt**

Oppsummert står helse- og omsorgssektoren overfor en rekke utfordringer, som beskrevet i Meld. St. 15 (2017-2018, s. 24). Blant disse utfordringene er det mangel på en personsentrert tilnærming, hvor omsorgstjenestene ikke tar tilstrekkelig hensyn til den enkeltes livshistorie, verdier, og ønsker. Pårørende opplever også manglende avlastning og støtte, og det er et påfallende fravær av kontinuitet og trygghet i tjenestetilbudet. Overgangene mellom ulike tjenestenivåer og tilbud i kommunene karakteriseres som krevende, med for lite kontinuitet og trygghet i disse overgangene. Stortingsmeldingen understreker behovet for grundige tiltak for å imøtekomme disse utfordringene og styrke kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene.

For å innføre en personsentrert tilnærming i helse- og omsorgstjenestene, foreslår Meld. St. 15 (2017-2018, s. 150) konkrete elementer som bør inkluderes. Først og fremst legges det vekt på en velkomstsamtale som grundig kartlegger den enkeltes livshistorie, levevaner, ønsker, og behov. Dette starter med det sentrale spørsmålet: "Hva er viktig for deg?" Den individuelle planen blir også fremhevet som en nøkkelkomponent, hvor mål og tiltak utformes basert på den enkeltes spesifikke ønsker og behov. Videre anbefales en primærkontakt modell, hvor en dedikert ansatt har ansvar for oppfølgingen av den enkelte, og alle ansatte tildeles faste definerte oppgaver og roller for å skape forutsigbarhet og kontinuitet. Et annet tiltak er fagmøter med en fast struktur, hvor alle enhetens ansatte deltar og bidrar til et systematisk samarbeid og kunnskapsdeling. Disse møtene blir sett på som en plattform for å sikre at alle medarbeidere er informert og engasjert i enhetens helhetlige tilnærming. Avslutningsvis understrekes viktigheten av jevnlig pasient- og pårørendesamtaler for å opprettholde en åpen kommunikasjon, hvor både brukere og pårørende blir aktivt involvert i utformingen og oppfølgingen av helse- og omsorgstjenestene.

Målsettingen med å etablere en samfunnskontakt innen helse- og omsorgstjenestene er å bygge trygge relasjoner og bidra til mobilisering og koordinering av frivillig innsats og ressurser fra sivilsamfunnet. Dette konseptet, som er beskrevet i Meld. St. 15 (2017-2018, s. 94), er sentralt for å skape et mer helhetlig og inkluderende omsorgsmiljø. Funksjonen som samfunnskontakt bør tilpasses lokale forhold, men Stortingsmeldingen beskriver klare elementer som bør inngå i rollen til en samfunnskontakt. Dette inkluderer å styrke og utvikle samarbeidet med frivillige organisasjoner i lokalsamfunnet, i tillegg til å være kontaktperson og legge til rette for samarbeid med barnehager, skoler, kulturinstitusjoner, foreninger, organisasjoner og næringsliv. Videre skal samfunnskontakten bidra til å utvikle helse- og omsorgstjenestene som arena for kulturbegivenheter, rekruttere og koordinere frivillige medarbeidere i ulike aldersgrupper i samarbeid med relevante organisasjoner, og være en kontaktperson som følger opp og veileder frivillige, inkludert pårørende som ønsker å bidra. En sentral oppgave er også å bidra til at eldre brukere kan delta i sosiale og kulturelle aktiviteter, enten det er innenfor institusjonene eller i lokalsamfunnet. Denne helhetlige tilnærmingen understreker viktigheten av samspillet mellom helse- og omsorgstjenestene og det bredere samfunnet for å fremme trivsel og inkludering.

I Meld. St. 15 (2017-2018, s. 13) kommer det frem at mange eldre uttrykker en følelse av å mangle tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter. Dette peker på viktigheten av å tilrettelegge for en mer meningsfull og aktiv hverdag for eldre i helse- og omsorgstjenestene. I tråd med dette anbefales det at eldre skal tilbys minst én time aktivitet daglig, skreddersydd etter individuelle interesser, ønsker og behov. Denne tilnærmingen søker ikke bare å fylle tiden, men å berike hverdagen ved å gi opplevelser som stimulerer sanser, minner, bevegelse, og deltakelse i sosialt fellesskap. Sentral for denne tilnærmingen er at helse- og omsorgstjenestene skal innhente informasjon og kunnskap om den enkeltes bakgrunn og interesser. Dette forutsetter en personlig tilnærming som tar hensyn til den enkeltes unike behov. Målet er ikke bare å opprettholde fysisk helse, men også å skape gode øyeblikk og meningsfulle aktiviteter i hverdagen, med fokus på en bredde av opplevelser, inkludert fysiske, sosiale, og kulturelle aktiviteter (Meld. St. 15 (2017-2018, s. 14).

### **2.7.2 Bergen kommune**

Bergen kommune legger vekt på å sikre gode tjenester som svarer til behovene til både brukere og pårørende gjennom tydelig brukerinvolvering og engasjement i utformingen av nye tjenestetilbud. En innovativ tilnærming er etableringen av en "brukerbank," der eldre innbyggere kan registrere seg med interessefelt og bakgrunn. Dette gir kommunen

muligheten til å innhente verdifulle innspill fra dem i arbeidet med å utvikle og forbedre tjenestene. Synspunkter fra brukere og pårørende blir nøye vurdert i beslutningsprosesser (Bergen kommune, 2019b, s. 22-23).

I tillegg til brukermedvirkning vektlegges behovet for tillit og faglighet gjennom en reform som innebærer endringer i dagens styringssystemer. Kommunen ønsker å utforme en styringsform som ikke bare forbedrer tjenestene for brukerne, men også stimulerer de ansatte til økt motivasjon, innovasjon, og samarbeid. Dette innebærer en større grad av tillit og ansvar til medarbeiderne, som skal få økt frihet til å bruke sin faglighet, og tjenestene skal organiseres for å maksimere ansattes tid sammen med brukerne (Bergen kommune, 2019b, s. 24).

Bergen kommune adresserer utfordringer knyttet til samhandling mellom ulike tjenester, spesielt i helsetjenester i hjemmet. Organiseringen av tjenestene skal fremme helhetlige opplevelser for brukerne, og målet er å skape systemer som understøtter effektivt samarbeid på tvers av ulike faggrupper (Bergen kommune, 2019b, s. 27). Kommunikasjon med brukerne gjennom hele tjenesteforløpet vektlegges også, og opplæring av medarbeidere i kommunikasjonsverktøy som støtter brukermedvirkning og mestring blir prioritert (Bergen kommune, 2019b, s. 32).

For å skape et helhetlig tjenestetilbud anerkjenner Bergen kommune viktigheten av å anvende ulike kunnskapskilder. Dette sikrer tilgjengelighet til ulike typer kunnskap, spesielt i komplekse tjenester, og understreker behovet for en sammensatt kunnskapsbase (Bergen kommune, 2019b, s. 45). Videre poengteres betydningen av brukerens evalueringer for å utvikle og forbedre tjenestetilbudet, og det legges vekt på systematisk kompetansestyrking for å imøtekomme fremtidige behov (Bergen kommune, 2019b, s. 47).

Eldrerådets innspill understreker behovet for kompetanseheving blant ansatte for å formidle trygghet, trivsel, og forutsigbarhet. Eldrerådet argumenterer for at dersom brukerne gis trygghet og trivsel, kan behovet for institusjonsplass utsettes. De uttrykker også bekymring for mengden av avvik i hjemmetjenestene, og argumenterer for at dette viser at de ansatte fortsatt trenger kompetanseheving, både faglig, språklig og kulturelt for å skape mer trygghet og forutsigbarhet for brukerne (Bergen kommune, 2019b, s. 53). For å sikre at bruker mestrer oppgaver på egen hånd og føler seg trygg, er informasjon om tilgjengelige hjelpemidler viktig. Trygghet er forankret i at hjelp blir gitt umiddelbart dersom brukers situasjon og hjelpebehov endres. Man må derfor ha en gjensidig avtale om oppfølging av primærsykepleier. (Bergen kommune, 2019b, s. 54).

### 2.7.3 Mestring i egen hverdag

Den politiske utviklingen har rettet oppmerksomheten mot en mer generell brukermedvirkning gjennom en samproduksjonsdiskurs. Dette innebærer å frigjøre ressurser hos den enkelte bruker, samtidig som det forventes bidrag fra brukerne i tjenestene (Jenhaug, s. 40). Bergen kommune har som mål at eldre som mottar hjemmetjenester skal oppleve trygghet, mestring og økt selvstendighet. I denne sammenheng refererer selvstendighet til å være aktivt deltakende i eget liv og å oppleve mestring i daglige gjøremål (Bergen kommune, 2019a, s. 30). Det legges vekt på at brukeren skal være en aktiv og likeverdig part i samhandlingen med tjenesteutøveren, og det tilrettelegges for at brukeren motiveres til å klare ting selv for å styrke egen helse og mestringsevne (Bergen kommune, 2019a, s. 31).

I et helhetlig tjenestetilbud er forebyggings- og mestringsperspektivet sentralt, med fokus på å tilpasse tjenestene etter hva brukerne opplever som viktig i sitt liv. Målet er å utvikle gode tjenester som stimulerer til trivsel, motivasjon og mestring hos brukerne (Bergen kommune, 2019a, s. 42). Brukermedvirkning blir stadig mer en del av offentlige planer, både ved å involvere brukere i saker som angår velferdsstaten og direkte i organiseringen av tjenester. Denne utviklingen reflekterer en ny virkelighet der innbyggeren både er forbruker og produsent av tjenester, og brukere skal få større innflytelse over sin hverdag (Ågotnes & Midtgård, 2022, s. 302). Helse- og omsorgsdepartementet har som mål at fremtidens helse- og omsorgstjenester utvikles i samarbeid med pasienter, brukere og pårørende, med mål om større valgfrihet og et mangfold av tilbud. Pårørende skal styrkes gjennom bedre tilbud om avlastning, støtte og faglig veiledning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, s. 6). Kunnskapsbasert praksis, som kombinerer forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, og brukerkunnskap, er avgjørende for å levere trygge og kvalitetsrike helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a, s. 37).

Samtidig vektlegges en tjenesteutøvelse basert på empowerment eller myndiggjøring. Dette innebærer å mobilisere og styrke enkeltpersoners egne ressurser, nøytralisere strukturer som skaper avmakt, og styrke enkeltindivider og grupper slik at de kan ta styring over sin livssituasjon og delta i beslutninger som påvirker deres eget liv (Meld. St. 29 (12-13), s. 53). En brukerorientert helse- og omsorgstjeneste bør kunne imøtekomme brukeres og pårørendes ønsker og behov, og det er nødvendig å ha et system for å håndtere tilbakemeldinger og bruke disse i planlegging og utvikling av tjenestene (Meld. St. 29 (12-13), s. 54).

#### 2.7.4 Ressurser

En ny tilnærming i omsorgsretorikken presenterer den økende aldrende befolkningen ikke som et problem, men som en mulighet. Samfunnet aksepterer ikke at seniorlivet skal leves tilbaketrukket fra samfunnsmessige forpliktelser og ansvar, og det forventes at man deltar og er aktiv. Dette setter tonen for en fremtidig alderspolitikk som legger til rette for at den eldre befolkningen kan delta aktivt og bruke sine ressurser (Askheim et al., 2017 s. 9-10). Den eldre andelen av befolkningen blir presentert som en uutnyttet ressurs med potensial til å bidra både i samfunnet og i sitt eget liv. De nye generasjonene av eldre anses som mer ressurssterke enn tidligere generasjoner, med økt mobilitet, større nettverk og mer økonomisk stabilitet (Ågotnes, Moholt, Blix, 2021 s. 8).

Grunnlaget for alle tiltak i Stortingsmeldingen bygger på en helhetlig visjon av morgendagens brukere, som ikke bare har sykdommer og problemer, men også ressurser som skal brukes til å mestre eget liv og delta aktivt i samfunnet. Dette reflekteres i ønsket om å utnytte brukernes ressurser på nye måter, med fokus på mestring og erfaringskompetanse for å utvikle tjenester (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 21). Samskaping blir fremhevet som en metode for å aktivere ressurser på tvers av samfunnet. Dette krever samhandling, deltakelse og felles problemløsning mellom brukere, pårørende, ansatte og eksperter. Tverrfaglig tilnærming og samarbeid blir ansett som nødvendig (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 51).

For å redusere konsekvensene av demografiske endringer, foreslår regjeringen nye tiltak som utfordrer eldre generasjoner til å bruke ressursene sine for å planlegge og mestre alderdommen. Dette inkluderer støtte til pårørende, utvidelse av fagkompetansen, bruk av velferdsteknologi, og innovative løsninger (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 46). Morgendagens omsorgstjeneste skal legge til rette for at brukerne i større grad blir en ressurs i eget liv. Økt bruk av velferdsteknologi kan bidra til en bærekraftig omsorgstjeneste. Dette gir eldre muligheten til å bevare livskvalitet, mestring og selvstendighet lenger, og gir dem også muligheten til å bo hjemme lenger (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 59).

Frivillighetssektorens innsats anses som særlig viktig i bekjempelsen av ensomhet og isolasjon blant den eldre befolkningen. Dette er områder der den offentlige omsorgssektoren har utfordringer med å nå, og det indikerer behovet for en symbiose mellom det offentlige og frivillige systemet. Frivillighetssektoren representerer ikke bare en moralsk forpliktelse for innbyggerne, men også en vesentlig samfunnsfunksjon som supplerer og forbedrer eksisterende innsats, og blir en integrert del av velferdsstaten som helhet (Ågotnes, Moholt, Blix, 2021. s. 8). En ikke-eksplicit konsekvens av frivillighetsdiskursen er en potensiell forskyvning av ansvar fra det offentlige til den frivillige sektoren, noe som kan føre til en økt



avhengighet av familier og uformell omsorg. Da blir det familiens ansvar å "fylle tomrommet" etter den offentlige sektoren (Ågotnes, Moholt, Blix, 2021, s. 13-14). Familieomsorgen blir presentert som den usynlige omsorgen, ofte oversett i statistikk og utredninger om helse- og omsorgstjenester. Den uformelle omsorgen fra familie, venner og naboer anses som betydningsfull, og det foreslås tiltak for å støtte, veilede og avlaste pårørende med omfattende omsorgsoppgaver (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 58). Det argumenteres også for at sykehjem og omsorgsboliger bør bygges som en integrert del av lokalmiljøet, med felles møteplasser og sambruk av lokaler. Dette gir et rikere liv for dem som bor der, samtidig som det gir et bedre tilbud til hele kommunens innbyggere. Denne tilnærmingen legger til rette for felles aktiviteter, uformelle møter og gjensidig utnyttelse av ressursene (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 17). Dette vil også tilrettelegge for frivillighet og annen uformell omsorg.

Samlet sett reflekterer disse perspektivene på eldreomsorgen en omfattende endring i tilnærmingen til omsorg, der frivillighet, brukerens egne ressurser og samarbeid på tvers av sektorer blir sentrale elementer.

### **3. Teori - ulike modeller og perspektiv på medvirkning**

Et teoretisk rammeverk i et prosjekt er en sammensetning av forskning og kunnskap om et tema. Denne kunnskapen kan brukes til å forklare eller forstå fenomener (Collins & Stockton, 2018). Det teoretiske grunnlaget i dette prosjektet skal bidra i analysen og diskusjonen av datamaterialet, og å gi en større forståelse av medvirkning i teori og praksis.

Først presenteres empowerment perspektivet, fordi det spiller en sentral rolle i medvirkningsarbeid. Deretter redegjøres det for teorier og kunnskap om medvirkning, med fokus på stigemodeller, ulike grader av reell medvirkning, individnivå og systemnivå, så vel som rettighetsdiskurs og konsumentdiskurs. Samskaping er også relevant, og det kan være nyttig å se hvordan samskaping har blitt en brukermedvirkning 2.0. For å runde av kapitlet skriver jeg litt om hvordan disse teoriene og perspektivene er sentrale i samfunnsarbeid.

#### **3.1 Empowerment**

Empowerment er et perspektiv som bør være fundamentalt til stede i medvirkningsprosesser. Kjerneelementet i dette perspektivet er å styrke enkeltpersoner som befinner seg i avmaktssituasjoner ved å øke deres kunnskaper og ferdigheter. Gjennom å styrke individene

eller gruppene kan de mobilisere egne ressurser for å takle utfordringer, oppnå økt kontroll over sin egen situasjon, mestre hverdagen og oppnå selvbestemmelse i eget liv (Ronby, 2009, s. 121). En grunnleggende forutsetning for empowerment-perspektivet er et positivt menneskesyn, der alle individer betraktes som aktive og handlende, med et ønske om sitt eget beste, gitt de rette forutsetningene (Askheim, 2016a, s. 17). Empowerment fokuserer derfor på å fremheve og styrke individet eller gruppen.

I praksis må empowerment-perspektivet implementeres på både makro- og mikronivå. Det innebærer at samfunnsrammene må endres, samtidig som individet må utrustes til å forbedre sin egen livssituasjon (Askheim, 2016a, s. 56). Det er essensielt at arbeidet med empowerment ikke begrenses til en individuell tilnærming, da det også krever endringer i samfunnsstrukturer som bidrar til marginalisering og undertrykkelse (Askheim, 2016a, s. 57).

### **3.2 Stigemodeller og ulike grader av medvirkning**

Medvirkning, ofte referert til som deltakelse, kan forstås gjennom en deltakelsesstige. Arnsteins deltakelsesstige, en anerkjent modell, forblir relevant i dagens samfunn, til tross for at teorien ble utviklet på 1960-tallet (Cornwall, 2008, s. 270). Denne stigen er inndelt i åtte nivåer eller grader av medvirkning, som spenner fra ikke-deltakelse til symbolsk deltakelse, og borgermakt. På det laveste trinnet, ikke-deltakelse, kan det manifestere seg gjennom brukerinformasjon og gjennomføring av brukerundersøkelser. I slike tilfeller har brukerne ingen reell innflytelse eller kontroll over resultatene av undersøkelsen (Hutchinson, 2022, s. 131). Symbolsk deltakelse, som kommer deretter, involverer ofte konsultasjon, for eksempel når brukerne deler meninger på et informasjonsmøte. Selv om meningene blir hørt, tas alle avgjørelser av profesjonelle, og brukerne har dermed begrenset innflytelse. På toppen av stigen finner man ulike grader av partnerskap og borgerkontroll. Partnerskap innebærer et likeverdig samarbeid mellom brukere og profesjonelle, der begge parter har kontroll over hva som skal inkluderes eller gjennomføres. Ved borgerkontroll eller brukerkontroll har de berørte full avgjørelsesmyndighet over arbeidsprosessen og beslutningene som skal tas (Hutchinson, 2022, s. 131).

For at brukermedvirkning skal være effektiv, er det ikke tilstrekkelig å åpne rom for dialog gjennom invitasjon alene. Cornwall (2018, s. 275) påpeker at mye avhenger av hvordan folk tar opp og benytter seg av det som tilbys. Samtidig understreker Cornwall viktigheten av å skille mellom å være involvert i en prosess og faktisk ha en stemme. Det er essensielt at deltakerne føler seg i stand til å uttrykke seg uten frykt for represalier eller forventning om å ikke bli lyttet til eller tatt på alvor (Cornwall, 2018, s. 278).

Det må skapes arenaer der brukernes erfaringer kan bli hørt og gi dem en reell rolle i prosessene. Reell brukerinnflytelse forutsetter også anerkjennelse av maktposisjonen til forvaltningen og behandlingsapparatet, og en vilje til å myndiggjøre brukerne slik at de kan ta egne valg (Haukelien, Møller, Vike, 2011, s. 118). En klar kommunikasjon om hvilke beslutninger publikum har mulighet til å delta i, og hvilke medlemmer av offentligheten som deltar i ulike typer beslutningsfora, er avgjørende (Cornwall, 2008, s. 280). Det er avgjørende å sette noen rammer for hva medvirkningen omfatter. Dette bidrar til å unngå misforståelser og sikrer større gjennomsiktighet i deltakelsesprosessen. Videre påpeker Vestby, Brattbakk og Norvoll (2017) at selv om innbyggere kan komme med forslag og innspill, er det ingen automatikk i at disse forslagene blir realisert. Derfor bør lokale myndigheter være forberedt på å ta i hvertfall noen av innbyggernes bidrag videre for å opprettholde engasjementet for fremtidige deltakelsesprosesser (Vestby, Brattbakk, Norvoll, 2017). Det påpekes også at kommuner med erfaring fra mye medvirkning kan bli mettet på medvirkning. Dette fenomenet innebærer at flere har problemer med å bruke resultatene fra medvirkningsprosesser, noe som kan redusere troverdigheten av medvirkningen og føre til tretthet blant de involverte (Vestby, Brattbakk, Norvoll, 2017).

Samlet sett er brukermedvirkning en kompleks tilnærming. Suksessfulle deltakelsesprosesser innebærer reelle partnerskap og en egalitær struktur, mens mindre hensiktsmessige former for deltakelse kan preges av en ovenfra-ned-tilnærming (Ågotnes, et al., 2022 s. 118).

Denne deltakelsesstigen, på lik linje med andre varianter, er en forenkling. I realiteten består stigen av mange flere nyanserte nivåer av deltakelse (Arnstein, 2010, s. 217). Selv om kritikk har vært rettet mot Arnsteins modell, har stigen vist seg nyttig i å synliggjøre ulike grader av medvirkning og belyse eventuelle misforståtte forsøk på medvirkning (Arnstein, 2010, s. 217). Arnsteins stige fokuserer på hvor makten i en prosess ligger (Cornwall, 2008, s. 271). En annen lignende modell er Pretty sin deltakelsesstige. Kategoriene i stigen er nokså like som Arnstein sine, men fokuset ligger ikke like mye på maktfordeling. Fokuset i Pretty sin modell er motivasjonen bak medvirkningstiltak (Pretty, 1995). Til tross for variasjonen i tilnærmingene, har mange deltakelsesmodeller lignende trinninndelinger og kategorier av deltakelse (Arnstein, 2010, s. 217). Selv om Arnsteins stigemodell har blitt kritisert, deler flere andre modeller lignende egenskaper og utfordringer.

Kritikken mot ulike modeller for deltakelse, som Arnsteins stigemodell, påpeker flere vesentlige begrensninger. Tritter (2009) hevder at kompleksiteten av medvirkning ikke fullt ut er reflektert i disse modellene. Faktorer som mangfoldet av aktører i en

medvirkningsprosess og potensielle hindringer for reell deltakelse er ikke tilstrekkelig inkludert i stigemodellene (Tritter, 2009, s. 276). Marent, Forster, og Nowak (2012, s. 189) kritiserer også Arnsteins stigemodell, spesielt for dens begrensede evne til å lette kunnskapsdeling mellom eksperter og lekfolk, ettersom konsultasjon betraktes som symbolsk deltakelse. Videre kritiseres modellene for sitt begrensede perspektiv på makt, da det antas at å gi makt til andre aktører vil redusere ens egen makt (Tritter, 2009, s. 276). I virkeligheten eksisterer ulike former for makt og kunnskap, og samarbeid kan være nøkkelen til å oppnå bedre resultater. Selv med tolkninger, forbedringer og revisjoner av Arnsteins modell, beholdes ofte en hierarkisk tilnærming som ukritisk omfavner borgerkontroll som den ideelle formen for deltakelse (Tritter, 2009, s. 276). Stigemodellene kritiseres også for å anta at høy grad av deltakelse alltid er ønsket. (Marent, Forster, Nowak, 2012, s. 189).

### **3.3 Erfaringskunnskapens verdi**

Brukermedvirkning utgjør en sentral del av moderne samfunnsstrukturer, og flere argumenter støtter opp om nødvendigheten av å integrere brukernes perspektiver i ulike sektorer.

Haukelien, Møller, og Vike presenterer fire hovedargumenter for brukermedvirkning, og disse omhandler legitimitet, effektivitet, maktutjevning, samt servicetilpasning (Haukelien, Møller, Vike, 2011, s. 27-28). Legitimitetsargumentet vektlegger at brukermedvirkning bidrar til økt forankring, aksept, og støtte for offentlige tjenester i samfunnet. Det hevdes også at det kan legitimere velferdssystemet som helhet. Effektivitetsargumentet fokuserer på forbedring av organisasjonens måloppfyllelse og virkningsgrad gjennom å ta hensyn til brukernes interesser. Det argumenteres for at man kan eliminere unødvendige rutiner og ressursbruk, og erstatte dem med mer effektive metoder, ved å være brukerorientert.

Maktutjevningsargumentet adresserer ubalansen i maktforholdet mellom tjenesteleverandører og brukere, mens servicetilpasningsargumentet fremhever nødvendigheten av å tilpasse tjenester for å imøtekomme brukernes ønsker og behov.

Ifølge Freire (1993) er det avgjørende at perspektivene til de berørte blir integrert i hele beslutningsprosessen, fra problemdefinisjon til evaluering (Ågotnes et al., 2022, s. 305). Dette innebærer at brukermedvirkning bør være en omfattende praksis som omfatter flere stadier. Freire understreker at involvering av brukere ikke bare skal være symbolsk, men prosedyremessig, og at kritiske perspektiver bør være til stede gjennom hele prosessen (Freire, 1993). Målet med slik inkludering er å fordele makt og å myndiggjøre de som føler avmakt (Ågotnes et al., 2022, s. 302). Brukermedvirkning gir enkeltpersoner eller grupper muligheten til å påvirke sine egne liv og forbedre sine levekår (Ronnby, 2009, s. 121).

Sentralt i denne tilnærmingen er integreringen av erfaringskunnskap, som er kunnskap unik for brukerne og kan bidra til å forbedre tjenestene (Ågotnes et al., 2022, s. 300).

Begrepet erfaringskunnskap kobles ofte til brukermedvirkning. Denne spesifikke kunnskapen, som brukere av tjenester besitter, blir betraktet som verdifull for å gjøre tjenestene mer tilpasset brukerne og dermed mer effektive (Skjeldal, 2021, s. 11). Brukermedvirkning er et middel for å innlemme erfaringskunnskap, med en underliggende tanke om at erfaringskunnskap vil gi ny eller annerledes verdi. Brukermedvirkning kan utfordre tradisjonelle organisasjonsstrukturer ved å inkludere enkeltpersoner eller grupper med direkte erfaring. Dermed utfordres det hierarkiske paradigmet (Ågotnes & Midtgård, 2022, s. 300).

### **3.4 Medvirkning på individ- og systemnivå**

Medvirkning kan også kategoriseres i individnivå og systemnivå. På individnivå refererer brukermedvirkning til enkeltindividets mulighet til å påvirke tjenestene i individuelle hjelperelasjoner. I eldreomsorgen kan det for eksempel dreie seg om å påvirke morgenrutiner, stellerutiner og sosialisering i fellesområder (Christensen & Fluge, 2016, s. 263). Dette nivået av medvirkning fokuserer på den enkeltes rett til å påvirke og forme sitt eget hjelpetilbud, og deltakelsen sikrer at tjenestene blir mer relevante, samtidig som brukeren får en aktiv rolle i å bestemme tjenestens form og innhold. På systemnivå innebærer brukermedvirkning at brukere inkluderes i planlegging og utforming av tjenestetilbud gjennom representative grupper (Christensen & Fluge, 2016, s. 264). Dette nivået fokuserer på representasjon av brukergrupper i diskusjoner om hvordan tjenestene bør utformes for å imøtekomme deres behov (Askheim, 2017, s. 135).

I sin kjerne innebærer brukermedvirkning på individnivå å påvirke hjelpe- eller behandlingstilbudet, mens på systemnivå involveres representasjon av brukergrupper i utformingen av tjenester (Christensen & Fluge, 2016). Denne dualiteten av individuell og systematisk medvirkning gir rom for en helhetlig tilnærming til brukerinvolvering innen helse- og omsorgstjenester.

### **3.5 Rettighetsdiskurs og konsumentdiskurs**

Ulike diskurser utgjør en sentral rolle i brukermedvirkning, og i dette masterprosjektet er det spesielt to dominerende perspektiver: rettighetsdiskursen og konsumentdiskursen. Rettighetsdiskursen fokuserer på individets rett til å ha kontroll over sitt eget liv, en rettighet som enhver samfunnsborger innehar (Askheim et al., 2017, s. 136). Brukermedvirkning

utgjør både et mål i seg selv, hvor hensikten er å anerkjenne brukernes borgerstatus, og et virkemiddel for å realisere denne målsettingen. (Askheim et al., 2017, s. 3).

Konsumentdiskursen betrakter brukeren som en forbruker av tjenester og er forankret i en markedstenkning. Her betraktes det enkelte individ som den mest kompetente til å kjenne sine egne ønsker og behov, og derfor bør vedkommende ha frihet til å velge, ut fra egne behov (Askheim, 2017, s. 137). Denne diskursen bygger på en oppfatning av brukere som kompetente og rasjonelle aktører med rett til å velge innenfor et tjenestemarked. Deltakelsen begrenses her til tjenestenivået, med fokus på hvordan tjenester best kan tilpasses brukernes behov som forbrukere. Målet er å gjøre tjenestene mer fleksible, valgbaserte, relevante og bedre tilpasset brukernes ønsker (Askheim et al., 2017, s. 3). Brukermidvirkning betraktes først og fremst som et middel for å oppnå slike mål. Det er viktig å understreke at innenfor dette perspektivet handler det ikke utelukkende om å omdanne staten til en "supermarkedsstat". Tvert imot representerer det et forsøk på å gjøre staten mer responsiv ved å lytte til brukernes behov og forstå dem. Dermed inkluderer forbrukertenkning ikke bare en dimensjon av markedsføring og kundetilpasning, men omfatter også et demokratisk aspekt (Askheim et al., 2017, s. 5).

### **3.6 Samskaping**

Opprinnelig ble ideen om samskaping utviklet i privat sektor, hvor hovedfokuset var hvordan kunder kunne bidra til å forme de tjenestene de kjøper. Konseptet gjør at kundene ikke bare er passive mottakere, men aktive deltakere som kan påvirke verdiproduksjonen. Dette skjer gjennom signalisering av ønsker og behov, aktiv deltakelse i tjenesteproduksjon, og evaluering av den mottatte tjenesten (Torfing, Sørensen, Røiseland, 2019, s. 801). Selv om samskaping begrepet først ble utviklet i privat sektor, er det like relevant for offentlig sektor. Offentlig tjenesteproduksjon, på grunn av den samtidige produksjon- og forbruksprosessen, samt den sentrale rollen til tjenestemottakeren, gir gode forutsetninger for samskaping. I denne sammenhengen samler både offentlige tjenesteytere og forbrukere ulike ressurser og kapasiteter for å skape verdi, og begge parter har interesse av å maksimere offentlig verdiskaping (Torfing, Sørensen, Røiseland, 2019, s. 801).

Konseptet med samskaping representerer en ny tilnærming til medvirkning. Samskaping kan sees som en utvidelse av begrepet medvirkning. Den omfatter ikke bare tjenesteproduksjonsprosessen, men også samarbeidet om planlegging, utvikling og revisjon av tjenester (Askheim, 2016b, s. 25). En ny diskurs oppstår som følge av samskaping. Samskaping diskursen har trekk fra både rettighetsdiskursen og konsumentdiskursen, som

nevnt i kapittel 3.2. Borgeren eller konsumenten har blitt en samprodusent som har rett til tjenester, så vel som en plikt til å delta i velferdsproduksjonen. (Christensen & Fluge, 2016, s. 264).

Dette perspektivet utfordrer tradisjonelle hierarkiske og markedsmodeller ved å anerkjenne brukerne som likeverdige samprodusenter med unik kompetanse og ressurser (Askheim, 2017, s. 137). Konseptet legger til grunn at tjenestebrukere har rett til å påvirke tjenester som angår dem. I tillegg legges det til grunn at tjenestebrukere har ressurser og kompetanse som kan forbedre tjenestene (Askheim, 2016b, s. 26). På den andre siden er det ikke slik at alle har et ønske om, eller ressurser, til å være en samprodusent.

Et av poengene med samskaping er å mobilisere ressursene som er tilgjengelig utenfor den offentlige sektoren, for å lage løsninger som er nyskapende (Askheim, 2016b, s. 26). Derfor er det ikke kun brukere som inkluderes i samskaping, men også pårørende, frivillige organisasjoner, sivilsamfunnet, privat sektor og offentlig sektor er aktører i samskaping (Askheim, 2016b, s. 25)

Medvirkning graderes ofte, fra lavt til høyt, etter nivået av reell medvirkingskraft. Samskaping vil også variere i ulike grader, og ikke all samskaping er god samskaping (Ågotnes & Midtgård, 2022, s. 301). Det første trinnet på stigen adresserer behovet for å styrke tjenestemottakernes evne til å mestre sine egne liv. Det handler om å oppmuntre innbyggere til ikke bare å være passive mottakere av tjenester, men også aktive deltakere i å forme og forbedre dem (Torfing, Sørensen, Røiseland, 2019, s. 804). Dette markerer en overgang fra tradisjonell tjenesteproduksjon til et mer samarbeidsorientert paradigme. På det andre trinnet intensiveres samarbeidet, og innbyggerne engasjerer seg ikke bare i å forme sine egne tjenester, men også i å skape verdier for andre gjennom frivillig arbeid (Torfing, Sørensen, Røiseland, 2019, s. 804). Dette trinnet understreker betydningen av fellesskap og kontinuerlig tilpasning av tjenester for å møte dynamiske behov. Trinn tre og fire introduserer dialog og samarbeid på tvers av sektorer. Her går innbyggerne fra å gi innspill til utforming av oppgaver og løsninger til å delta i møter med både offentlige og private aktører. Denne økte graden av samhandling muliggjør utviklingen av nye og bedre løsninger (Torfing, Sørensen, Røiseland, 2019, s. 804). Det siste trinnet på stigen er at relevante aktører fra både offentlig og privat sektor samarbeider om innovasjon på institusjonelle arenaer i samfunnet. På dette nivået samarbeides det basert på en felles agenda- og problemdefinisjon, felles planlegging, og felles utprøving av løsninger (Torfing, Sørensen, Røiseland, 2019, s. 805).

Forskningen peker på flere potensielle fordeler ved samskaping i offentlig sektor, når det gjøres riktig (Torfing, Sørensen, Røiseland, 2019, s. 808-809). Den demokratiske

legitimiteten til offentlig sektor kan styrkes, tilliten til myndighetene kan øke, og samfunn kan bli sterkere ved å bygge sosial kapital og samhørighet. Samskaping kan også føre til mer effektive løsninger som bedre tilfredsstillende lokale ønsker og behov.

Selv om ideen om samskaping har mange potensielle fordeler, er det ikke uten utfordringer. En ensidig harmonitenkning, der alle aktører antas å ha samme mål, kan være problematisk (Askheim, 2016b, s. 29). Spenningsfylte relasjoner mellom tjenestebrukere og tjenesteytere kan utfordre ideen om et ideelt partnerskap. En annen utfordring er mangelen på formell og transparent beslutningstaking. Demokratisk ansvarlighet kan utfordres når ikke-valgte aktører deltar, og kostnadene ved å koordinere ulike forventninger og verdenssyn kan være betydelige (Torfing, Sørensen, Røiseland, 2019, s. 809). Konflikter kan også oppstå, enten de fører til innovative løsninger, stagnerer prosessen eller fører til kompromiss som skaper dårlige løsninger. Det er også viktig å være oppmerksom på at samskaping ikke automatisk betyr demokratisering. For å unngå at samskaping blir et instrument for kutt i offentlige utgifter eller en overfladisk gest, er det nødvendig med grundig planlegging og gjennomføring.

Samskaping kan være et kraftig verktøy for å mobilisere eksterne ressurser og skape innovative løsninger for samfunnet. Likevel må man være oppmerksom på potensielle utfordringer for å sikre en vellykket og meningsfull implementering. Med riktig tilnærming kan samskaping ikke bare styrke demokratisk legitimitet, men også bidra til mer effektive og inkluderende løsninger på komplekse samfunnsproblemer.

### **3.7 Medvirkning som en del av samfunnsarbeid**

Samfunnsarbeid kan være både et perspektiv og en arbeidsmetode. Som perspektiv setter samfunnsarbeid utfordringer, som manifesterer seg på individnivå, inn i en samfunnsmessig sammenheng (Hutchinson, 2022, s. 16). På denne måten kan man bevisstgjøre samfunnet, og mobilisere ressurser for å gjøre endringer i samfunnsstrukturer som vedlikeholder disse utfordringene (Hutchinson, 2004, s. 224). Dette ligger til grunn i samfunnsarbeid sin tilnærming til samfunn og sosiale strukturer, som noe som er skapt av mennesker, og som endres av menneskers handlinger. I samfunnsarbeid ønsker man å skape en problemforståelse, og å bruke arbeidsmetoder som mobiliserer grupper og individer til å skape endring på kollektivt nivå (Hutchinson, 2004, s. 224). Ved å gå sammen og kollektivt mobilisere de samlede ressursene, kan mennesker bedre sine egne vilkår.

Som arbeidsmetode handler medvirkning om å inkludere og samarbeide med de som er berørt av en sak. Rent praktisk er det mange måter å gjøre det på, og det er ikke all



medvirkning som gir reell innflytelseskraft. Innspill fra brukere kan gi et bedre kunnskapsgrunnlag for å finne gode løsninger. I dette prosjektet vil medvirkning og deltakelse, som en sentral del av samfunnsarbeid, være til stede som teoretisk perspektiv. I samfunnsarbeid er medvirkning og deltakelse både et mål og et middel (Ågotnes et al., 2022, s. 117). Det kan være et mål å etterstrebe størst mulig grad av medvirkning og deltakelse hos de eldre, for å sikre medbestemmelse i eget liv, og for å unngå avmaktsfølelse. Ved å inkludere eldre i sin egen hverdag, for eksempel gjennom medvirkning i planlegging av hjelpetiltak eller deltakelse i gjennomføringen, kan alle eldre få god og trygg omsorg.

## **4. Metodologi**

I dette kapittelet vil jeg først diskutere det vitenskapsteoretiske fundamentet i dette prosjektet. Deretter presenteres metodevalgene i prosjektet, hvordan jeg har gjennomført utvalg og rekruttering av deltakere, gjennomføring av datainnsamlingen, og hvordan jeg har analysert datamaterialet. Til slutt diskuterer jeg etiske overveielser, særlig knyttet til planleggingsfasen og utvalgs- og rekrutteringsfasen i prosjektet.

### **4.1 Vitenskapsteoretisk fundament i prosjektet**

Alle mennesker har et unikt perspektiv på verden og samfunnet vi lever i, og alles liv består av forskjellige opplevelser og erfaringer. Denne tankemessige og erfaringsmessige bagasjen påvirker vår forståelse og kunnskapsproduksjon (Thornquist, 2018, s. 171). Det betyr at vi alltid har en forforståelse, selv om man forsøker å ha en objektiv innstilling. Fortolkning foregår i alle vitenskapelige metoder, og det er ikke mulig å ta en upersonlig og objektiv stilling til noe. Hermeneutikk kan bidra til at vi forstår hvordan vi tolker og gir verden mening (Thornquist, 2018, s. 167). Selv om hermeneutikk ikke setter en ramme for vitenskapelige metoder, kan det likevel gjøre forskeren bevisst på egen fortolkningsprosess, og hvordan den kan påvirke forskningsresultatet. Det gjør at forskeren får et mer kritisk blikk i forskningsprosessen. Inspirert av samfunnsarbeid er det særlig fire perspektiver som påvirker 'blikket' mitt. Det første er et analytisk perspektiv, med fokus på å observere, for å prøve å forklare hva som skjer eller hvorfor noe skjer. For det andre har jeg lært at det finnes flere sannheter, og ikke kun én. Alle har sin egen oppfatning av virkeligheten. Det er også min oppfatning at verden er subjektiv, fremfor objektiv. Ikke alt kan tallfestes eller settes to streker under fasiten. Til slutt er det også mitt perspektiv at verden er relativ. Hvordan verden

er, kommer an på hvem som ser på den. Og som sagt av Thornquist (2018, s. 171), hver gang vi forstår en ny del av virkeligheten, vil den påvirke helhetsbildet vårt av virkeligheten.

Fenomenologi blir ofte misforstått til å være individ- og følelsesorientert, men det er hovedsakelig en kunnskapsteori som handler om kunnskapens natur og vilkår (Thornquist, 2018, s. 102). Denne kunnskapsteorien er fokusert på subjektet, og at all kunnskap ikke kan være objektiv. For å forstå noe, må man forstå dem som opplever eller erfarer det (Thornquist, 2018, s. 102). Det betyr også at man må være åpen for forskjellige perspektiver, og ikke la forforståelse eller fordommer stå i veien for ny innsikt. Opplevelser og erfaringer påvirker hvordan man ser verden, og det betyr at hverdagens erfaringer er grunnlaget for kunnskapsutvikling, og denne vil være unik for alle (Thornquist, 2018, s. 110). Ettersom at dette er et kvalitativt prosjekt, vektlegger jeg forståelse fremfor en forklaring. Hovedpoenget i oppgaven er å forstå eldres opplevelse av egen hverdag, og å få innsikt i opplevd virkelighet. Som vi kommer tilbake til senere, har jeg derfor valgt å anvende fortolkende fenomenologisk analyse som analysemetode. Denne analysemetoden forholder seg til både fenomenologi og hermeneutikk. Den er fenomenologisk på den måten at den har individets oppfatning som kjerneverdi, og hermeneutisk fordi den fokuserer på hvordan individet gir mening til egen erfaring og forståelse av verden (O'Reilly & Kiyimba, 2015, s. 70). I analysen har jeg fokusert på hvordan flere ulike individer opplever medvirkning i egen hverdag, og hvordan de gir mening til disse erfaringene. Deretter har jeg forsøkt å komme frem til hva som er felles, og hva som er gjentakende for de fleste. Dette vil kaste lys over det som potensielt er felles for eldre i Bergen kommune, og eventuelle strukturelle utfordringer.

Forskningsstrategier kan være induktive eller deduktive, eller som dette prosjektet, en kombinasjon. En induktiv forskningsstrategi vil si at man utvikler sammenhenger mellom de innhentede dataene (Tjora, 2018, s. 14). En deduktiv forskningsstrategi betyr at man bruker eksisterende teorier til å forklare enkelttilfeller (Tjora, 2018, s. 14). Selv om kvalitativ forskning ofte er induktiv, har jeg valgt å ta med meg litt fra hver av dem. I praksis betyr det at jeg har satt meg inn i informantenes situasjon ved å gjennomføre individuelle dybdeintervjuer. Gjennom det som kommer frem i intervjuene har jeg forsøkt å finne fellesnevner, som ble kategorier i analysen min. I tillegg har jeg hatt et tematisk utgangspunkt fra start, brukervedvirkning, som er relevant for problemstillingen jeg undersøker, og som setter en ramme for intervjuene og analysen (Ringdal, 2018, s. 110).

## 4.2 Forskningsmetode

Denne masteroppgaven er en kvalitativ studie, med et fenomenologisk studiedesign. For å besvare problemstillingen har jeg gjennomført individuelle dybdeintervjuer med beboere på omsorgsboliger i Bergen kommune, i tillegg til å se gjennom kommuneplaner og stortingsmeldinger om eldreomsorg. Primærdata er innsamlet informasjon fra intervjuene. Tidligere forskning, kommuneplaner etc. er sekundære data.

Fordelene ved de metodiske valgene i dette prosjektet er for det første at det kan skapes en åpen dialog mellom forsker og deltaker, fremfor den avstanden som er der ved bruk av eksempelvis spørreskjema. Ved å velge intervju som datainnsamlingsmetode får man også mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål, og dermed kan man også få et mer nyansert og detaljert bilde. Utfordringen med å velge intervju som datainnsamlingsmetode er at svarene man får er ikke nødvendigvis gyldige for andre enn de som har blitt intervjuet. Med andre ord betyr det at overføringsverdien av det man finner ut er vanskelig å avgjøre.

## 4.3 Utvalg og rekruttering

Jeg har intervjuet ti personer. Det er tre grunner til akkurat dette antallet. For det første setter masteroppgaven noen tidsrammer for gjennomføring av prosjektet, og det skal være realistisk å gjennomføre intervjuene, i tillegg til å bearbeide all data. For det andre er det også begrenset hvor stor oppgaven kan være, og derfor er det viktig å få en passelig mengde med data. Den tredje og siste grunnen er at prosjektet er kvalitativt, og ikke kvantitativt, og det er derfor ikke like nødvendig med et høyt antall deltakere. Ideelt sett ville jeg gjerne intervjuet mange flere, men det har ikke vært realistisk å gjennomføre.

Det ble stilt tre kriterier til deltakerne. Bosted var det første kravet. Alle deltakerne må bo i omsorgsboliger i Bergen kommune. Neste krav var at de er pensjonister. Med pensjonist menes mennesker som er 67 år eller eldre, og som har pensjonert seg fra arbeidslivet. Dette kravet ble stilt fordi omsorgsboliger for unge mennesker ikke er relevant for prosjektets problemstilling. Det tredje kravet handler om tilregnelighet, fordi alle deltakere skal gi et informert og fritt samtykke. For å gjøre det må man forstå hensikten med prosjektet, samt konsekvensen av egen deltakelse (Ringdal, 2018 s. 61). Konsekvensen av det tredje kravet er at mennesker uten samtykkekompetanse ble ekskludert.

I utvalget av deltakere gjorde jeg et strategisk utvalg, som betyr at jeg oppsøkte steder eller personer som kunne gi meg relevant informasjon om temaet til prosjektet. Til dette prosjektet ønsket jeg erfaringer og perspektiv fra eldre som bor i omsorgsboliger. Derfor kontaktet jeg Bergen kommune angående masterprosjektet, for å få mulighet til å

videreformidle informasjon og en intervju invitasjon til aktuelle deltakere. Deretter kunne de som ønsket å delta ta kontakt for å avtale et intervju. Avtalen med Bergen kommune var at de som ønsket å delta skulle selv ta kontakt med meg, for å sikre at deltakelsen var frivillig. I praksis ble dette gjort på to ulike måter. De fleste som ønsket å delta synes det var vanskelig å ta kontakt selv, og ba derfor om hjelp fra hjemmesykepleiere eller frivilligkoordinatoren ved omsorgsboligene. Deretter tok hjemmesykepleier eller frivilligkoordinator kontakt på telefon eller e-post på vegne av deltakeren. Noen avtalte intervjuene på vegne av deltakerne, mens andre videreformidlet kontaktinformasjon til deltakerne for at jeg kunne ringe dem og avtale et intervju.

Rekruttering gjennom kommunen var den eneste mulige rekrutteringsmetoden med tanke på personvern. Fordelene med rekruttering gjennom kommunen var at jeg også har fått noen samtaler med kommunen for å få kontekst og bakgrunnsopplysninger til prosjektet. En av samtalene handlet også om personvern, for å sikre at personvernet til kommunens beboere ble ivarettatt. En utfordring har vært å komme frem til rett tilnærming til beboerne, for at det ikke skal oppleves som press fra kommunen til å delta. Det ble løst ved at informasjonsskriv ble utdelt til de som deltok på beboermøter ved ulike omsorgsboliger, i tillegg til at det ble delt ut til beboere samtidig som annen informasjon om medvirknings tilbud og aktivitetsinformasjon.

#### **4.4 Datainnsamling**

I dette prosjektet har jeg vært opptatt av å undersøke hvordan medvirkning erfares, og fungerer i praksis for eldre som bor i omsorgsboliger. Derfor har intervjuer vært mest hensiktsmessig, fordi jeg ønsker å få frem deres tanker og erfaringer. Personopplysningene ble begrenset til det som var uunngåelig å samle inn i en intervjusammenheng: kjønn, alder og navn. I tillegg vil bostedskommunen til alle deltakerne være Bergen kommune, og adressen til omsorgsboligene vil være kjent for meg gjennom rekrutteringsprosessen.

For å samle inn data har jeg gjennomført semi-strukturerte intervjuer med beboere ved offentlige omsorgsboliger i Bergen kommune. Begrunnelsen for å velge semi-strukturerte intervjuer er at jeg ønsket å gi deltakerne rom til å styre samtalen der de ønsket å tilføye eller utdype utover spørsmålene. Målsettingen ble nådd, og jeg har intervjuet ti personer, ved fire forskjellige omsorgsboliger. Både kvinner og menn har deltatt. Det er stor variasjon i hvor lenge de forskjellige beboerne har bodd i omsorgsbolig, alt fra et halvt år til ti år. Intervjuene ble tatt opp på lydopptak, for å kunne transkribere og anonymisere. Data som ble samlet inn

var fokusert på den enkeltes erfaringer og opplevelser rundt hverdag og medvirkning. Alle intervjuene har foregått hjemme hos deltakerne.

I forkant av intervjuene hadde jeg forberedt en intervjuguide (vedlegg 3), som skulle lede samtalen inn på temaer som er aktuelle for prosjektet. Intervjuene startet med noen innledende spørsmål om bakgrunnen til deltakeren. Deretter handlet mesteparten av spørsmålene om opplevelser og erfaringer. Til slutt stilte jeg noen mer reflekterende spørsmål om medvirkning. I gjennomføringen av intervjuene har jeg møtt på særlig én utfordring. Flere av deltakerne var usikre på hva begrepet 'medvirkning' betydde. Jeg hadde valgt å ikke ha en begrepsavklaring med i informasjonsskrivet og invitasjonen, fordi jeg vektla at jeg ønsket å finne ut hva deltakerne la i begrepet. Jeg løste utfordringen ved å gi noen synonymer eller begreper, slik at deltakerne kunne forstå hva jeg spurte om. Noen av ordene jeg brukte var 'å delta' eller 'å påvirke'. Resultatet ble at deltakerne begynte å reflektere over hva det betyr å delta, og hvordan de deltar i hverdagen og fellesskapet. Eller hvor mye påvirkningskraft de har over tjenestene, og hva de kunne tenke seg å påvirke i større grad enn det de gjør.

Den semistrukturerte intervjuformen har fungert bra i dette prosjektet, og de fleste har benyttet åpenheten i spørsmålene til å vektlegge temaer de selv er opptatt av. Noen har vært opptatt av aktivitetstilbud og valgfrihet, mens andre har vært mer opptatt av hjemmesykepleien. Flere har også vært opptatt av å understreke hvor godt de har det, fordi de ikke vil at det som sies i intervjuene skal forstås som klaging. Etter de første intervjuene la jeg også til noen spørsmål i intervjuguiden, basert på temaer som gjentok seg i de første intervjuene. Disse spørsmålene viste seg å være veldig nyttige, fordi dette var temaer resten av deltakerne også ønsket å si noe om. Disse temaene var kontinuitet i hjemmesykepleien, aktivitetstilbud, og det å bli hørt når man gir tilbakemeldinger.

#### **4.5 Analyse av datamaterialet**

Primærdata i dette masterprosjektet er intervjuene av deltakerne, mens sekundærdata hentes fra kommuneplaner og stortingsmeldinger. Dokumentene som blir brukt skal sees som tilleggsdata, og skal ikke være hovedkilde til datagrunnlaget for analysen. Intervjuene vil få frem personlige erfaringer og refleksjoner, mens dokumentene kan gi en kontekst til disse. Målet er at dokumentene skal supplere intervjuene med informasjon, slik at de sammen kan svare på problemstillingen på en troverdig måte. Alle disse dokumentene er offentlig tilgjengelige, og er ikke unntatt offentlig innsyn.

Analysemetoden jeg har brukt for intervjuene er fortolkende fenomenologisk analyse. Metoden går ut på å utforske erfaringene til deltakerne, og hvordan de danner meninger av

disse opplevelsene. På denne måten er analysen fenomenologisk ved at fokuset er på individuelle opplevelser, samtidig som at den er hermeneutisk ved at meningsdanning også er av interesse (O'Reilly & Kiyimba, 2015, s. 70). Fremgangsmåten i analysemetoden er at man trekker ut viktige utsagn og beskrivelser, som deretter brukes til å lage en beskrivelse av personene sine opplevelser, i tillegg til en strukturell beskrivelse som gir kontekst til opplevelsene (Ringdal, 2018, s. 115). Målet med metoden er å finne fellesnevnerne for opplevelsene, i et forsøk på å finne det universelle. Likevel mener jeg at det også er viktig å fremheve utsagn og beskrivelser som skiller seg ut, for å vektlegge mangfoldet i opplevelser og erfaringer.

Alle intervjuene ble transkribert fortløpende, og deretter ble lydopptakene slettet. I transkriberingen anonymiserte jeg også intervjuene. Det var to grunner til å transkribere intervjuene. Den første grunnen var at lydopptakene måtte slettes av personvern hensyn, fordi deltakere kunne identifiseres gjennom stemmen. Den andre grunnen var at det ble lettere å bearbeide intervjuene, og hente ut data i analysen. Rent praktisk har analyseringen handlet om å redusere det transkriberte materialet til en håndterlig mengde, som inneholder det som er relevant for prosjektet og helt essensielt i respondentenes erfaringer. Ved gjentatte gjennomganger av det transkriberte materialet har jeg forsøkt å stille spørsmål for å danne kategorier. Et eksempel på et spørsmål jeg har stilt er: Føler respondentene at de blir hørt? I tillegg ser jeg etter gjentakende utsagn og beskrivelser, for å finne frem til det som er felles for respondentene. Etterhvert som kategoriene har tatt form, har de fått en fargekode. Til slutt satt jeg igjen med 3 hovedkategorier og 9 underkategorier, som jeg mener vil bidra til å svare på prosjektets problemstilling og forskningsspørsmål. I prosessen med å søke gjennom datamaterialet har det vært spesielt viktig å være fordomsfri, for at funnene som presenteres ikke skal være partiske eller farget av mine personlige oppfatninger. Kategoriene som kom frem i analysen er følgende:

<b>Hovedkategori 1</b>	<b>Underkategorier</b>
Forståelse av medvirkning	Medvirkning er deltakelse Medvirkning er å bidra til fellesskapet
<b>Hovedkategori 2</b>	<b>Underkategorier</b>
Opplevelse av medvirkning	Tilgang på informasjon Kollektive diskusjoner og beboermøter Personlig tilpasning av tjenester
<b>Hovedkategori 3</b>	<b>Underkategorier</b>
Barrierer for medvirkning	Kontinuitet i hjemmesykepleien Å føle at man ikke blir hørt Kommunikasjonsbarrierer Eldres interesse for brukermedvirkning

#### **4.6 Ethiske overveielser**

I planleggingsfasen av masterprosjektet, og før innsamling av data kan starte, må man melde prosjektet inn til Sikt for å sikre at plan for innsamling og lagring av personopplysninger er lovlig etter personvernregelverket. For detaljer om godkjenning fra Sikt, se vedlegg 1. Før innsamling av data kunne starte ordnet jeg plass på Høgskulen på Vestlandet sin forskerserver, hvor jeg kunne lagre all data trygt. I tillegg var det nødvendig å sende en søknad til Kunnskapskommunen i Bergen kommune. Kunnskapskommunen er et samarbeid mellom åtte kommuner og syv forskningsinstitusjoner, deriblant Bergen kommune og Høgskulen på Vestlandet. Samarbeidet er en kunnskapsatsing i kommunenes helse- og omsorgstjenester, med mål om å styrke forskning, innovasjon og kunnskapsutvikling i tjenestene (Bergen kommune, 2023b). Det var nødvendig å søke til Kunnskapskommunen for å få bistand i rekrutteringsprosessen. Informasjon om hvem som bor i omsorgsboliger er ikke offentlig tilgjengelig, og anses som en konfidensiell helseopplysning. Det ville ikke vært forsvarlig av meg å rekruttere deltakere ved å gå dør til dør på forskjellige omsorgsboliger, da jeg ikke har noen forutsetning for å avgjøre hvem som er i stand til å gi et informert samtykke.

Sentralt for dette forskningsprosjektet, så vel som et kriterium hos både Sikt og Bergen kommune, er at deltakerne gir et fritt og informert samtykke til å delta. For at samtykket skal være fritt er det viktig at deltakerne ikke føler et press for å delta, og at de ikke trenger å frykte negative sanksjoner hvis de ikke ønsker å delta (Ringdal, 2018, s. 61). For at samtykket skal være informert må deltakerne forstå hensikten med prosjektet, hva slags informasjon som samles inn, hvilke personvernshensyn som blir tatt, og hvilke rettigheter de har. All denne informasjonen skal gis skriftlig i deltakelse invitasjonen, før samtykke samles inn. Med tanke på utvalget og problemstillingen til forskningsprosjektet er det viktig å sørge for at deltakerne er i stand til å gi et fritt og informert samtykke. Med det menes det at deltakere, som av ulike grunner ikke har forutsetning for å samtykke eller å forstå prosjektets formål, ikke blir regnet som aktuelle kandidater. Siden utvalget i forskningsprosjektet er eldre, kan en vanlig årsak til manglende samtykkekompetanse være demens. Det betyr ikke at stemmene til demente ikke er viktig å høre, men det vil ikke være etisk forsvarlig å involvere en dement person. Dette begrunnes med at det er vanskelig å forsikre seg om at personen forstår hva den har samtykket til.

For å sørge for at deltakerne får all nødvendig informasjon før de samtykker til å delta, mottar de et informasjonsskriv. Dette skrevet inneholder informasjon om prosjektets formål, hvilke opplysninger som skal samles inn til prosjektet og hvordan disse opplysningene skal brukes, hvordan persondata skal håndteres, og hvem som vil ha tilgang til deres personopplysninger. Informasjonsskrivet er formulert på en forståelig måte, og det er understreket at det er helt frivillig å delta. Det har også blitt opplyst om hvor de kan henvende seg ved eventuelle spørsmål eller for å bruke angreretten sin. Informasjonsskrivet som er brukt i dette prosjektet ligger under vedlegg 2.

Med personopplysninger menes informasjon som enten direkte eller indirekte kan bidra til å identifisere et individ. Det er viktig å være nøye med anonymiseringen, fordi det er mulig å identifisere en person gjennom et sett med bakgrunnsopplysninger, som i seg selv ikke kan direkte identifisere vedkommende (Ringdal, 2018, s. 63). Enkelt personer skal ikke kunne bli gjenkjent i denne masteroppgaven. Det har derfor, av personvernshensyn, vært viktig å ha oppmerksomhet på konfidensialitet, på den måten at personlige og sporbare opplysninger anonymiseres, og at deltakerne opplever det som trygt å snakke fortrolig.

#### **4.7 Troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet**

En viktig del av ethvert forskningsprosjekt er å vurdere kvaliteten på datamaterialet, og hvorvidt det er relevant og nyttig for formålet med studien. Det er særlig tre mål som er ofte



brukt til å kontrollere kvalitet i kvantitativ forskning: troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet (Ringdal, 2018, s. 247). For å sikre at forskningen er troverdig, er det viktig å være åpen om hva som eventuelt kan ha påvirket resultatet. Under intervjuene har jeg vært opptatt av å ikke stille ledende spørsmål, fordi deltakerne skal kunne svare fritt uten å bli påvirket av min oppfatning eller mening. Videre er jeg ansvarlig for å ikke trekke deltakernes utsagn ut av kontekst, og å referere etterrettelig til det som blir sagt i intervjuene. I dokumentanalysen har jeg sikret troverdighet gjennom å bruke offentlige dokumenter fra staten og kommunen. For å sikre troverdighet til analysen av intervjuene, er det viktig at jeg i presentasjon av resultater skiller på hva som har kommet frem i datamaterialet og hva som er egne tolkninger og analyser. For å unngå forskersubjektivitet har jeg under hele prosjektet vært opptatt av å velge bredde i litteraturvalg, for å ikke ha en skjevfordeling i datamaterialet. I tillegg har rekruttering av deltakere foregått gjennom Bergen kommune, som sikrer at utvalget er tilfeldig. Jeg har heller ikke hatt kjennskap til noen av deltakerne eller omsorgsboligene fra tidligere.

Bekreftbarhet handler om at man har samlet data som er relevant for forskningsprosjektet. For å sikre innsamling av relevante data sørget jeg for å øke egen kunnskap på feltet i forkant av intervjuene, og deretter lage en intervjuguide med fokus på det jeg ønsket å vite mer om. For å øke egen kunnskap vektla jeg bredde lesing innen både teori og perspektiver, offentlige dokumenter og forskningsrapporter om eldreomsorg, og tidligere forskning om lignende tematikker. Samtidig må det sies at både medvirkning og eldreomsorg er store felt, og det ville vært ambisiøst å tro at jeg i løpet av en mastergrad vil få den hele og fulle oversikt.

Overførbarhet eller generalisering handler om hvorvidt funnene i studien kan sies å gjelde for en større del av samfunnet. Jeg vil ikke si at det er mulig å generalisere funnene i denne studien, særlig fordi den er begrenset til ti deltakere. Funnene gir innsikt i deltakernes erfaringer og refleksjoner om medvirkning i egen hverdag, og kan gi Bergen kommune en retning til deres egne undersøkelser om medvirkning i eldreomsorgen. Likevel vil jeg understreke at formålet med denne studien ikke nødvendigvis har vært å generalisere, men å sette fokus på et perspektiv som bør være en del av samfunnsdebatten - de eldres stemmer. Det er mye ikke-generaliserbar forskning som også gir legitime bidrag til kunnskap, så vel som å generere spørsmål og grunnlag for fremtidig forskning.

## **5. Resultat og funn**

Hensikten i masterprosjektet er å undersøke hvordan eldre erfarer brukervedvirkning i hverdagen. Funnene som presenteres under, viser at Eldres forståelse av konseptet medvirkning varierer, der noen ser det som muligheten til å påvirke beslutninger, mens andre knytter det til deltakelse og bidrag til fellesskapet gjennom små handlinger.

Intervjuene viser at kollektiv medvirkning manifesterer seg gjennom beboermøter og sosial deltakelse. Individuell medvirkning, som valgmuligheter i dagliglivet og involvering i valg av tjenester, er essensielt for Eldres opplevelse av selvstendighet. Eldre søker ikke bare informasjon, men reell innflytelse over beslutninger som påvirker deres liv. Mangel på kontinuitet i hjemmesykepleien skaper utfordringer for Eldres aktive deltakelse i egen omsorg og brukervedvirkning. Følelsen av ikke å bli hørt utgjør en betydelig barriere for effektiv brukervedvirkning. Mangel på god kommunikasjon, inkludert språkbarrierer, utgjør en betydelig hindring for brukervedvirkning. Problemer knyttet til språkforståelse, kommunikasjonssvikt på grunn av rot. Variasjoner i Eldres interesse for brukervedvirkning. Deltakerne viser ulike holdninger, fra nøytralitet til sterk interesse. Mens noen verdsetter muligheten til innflytelse som en betydningsfull del av livet, er det andre som ikke ser behovet eller opplever utilstrekkelig rom for deltakelse. Dette understreker kompleksiteten av Eldre menneskers holdninger til brukervedvirkning.

### **5.1 Forståelse av medvirkning**

I samtale med Eldre mennesker om det sosiale fenomenet som begrepet ‘medvirkning’ omhandler, får man et interessant innblikk i hvordan Eldre forstår og tolker medvirkning, og det blir klart at deres oppfatninger kan variere betydelig. Samtalene har handlet om hva de tenker at medvirkning betyr, og hva det kan være i praksis.

En av respondentene uttrykker at medvirkning for dem er muligheten til å uttale seg og påvirke beslutninger. Dette blir spesielt tydelig når det gjelder organisering av felles arrangementer, for eksempel bingo eller andre spill. En av beboerne organiserer bingo en gang i uken for hele huset. “På fredager spiller vi bingo. Jeg samler inn pengene, selv om det ikke er så mye, og så kjøper jeg inn noen små premier”. Påvirkning av aktivitetstilbud og sosiale arrangementer blir sett på som en viktig del av medvirkning.

En annen deltaker gir et annet perspektiv der medvirkning blir knyttet til handlinger som å samle tallerkener etter felles måltider. “Det var en som tok initiativ til det. Og de er veldig glade for at vi gjør det”. Her tenker deltakeren at bidrag til fellesskapet er en form for

medvirkning. Et annet eksempel som knytter medvirkning til å bidra til fellesskapet handler om å hjelpe naboene sine. “Jeg bruker bilen til å hjelpe andre, hvis de trenger mat så handler jeg for dem. Jeg har to eller tre her som jeg pleier å handle for. Men bare sånne småting som hjelper alle, og det gir meg en god følelse. Jeg føler meg bra når jeg kan hjelpe folk”. Det understreker ideen om at små handlinger kan ha stor betydning.

En fjerde deltaker introduserer ideen om at medvirkning også kan forstås som deltakelse. “På fredagen så er det kaffekos, sånn at det er ikke middag, men det er kaffe, noen smørbrød eller vafler. Så det er jo i grunn for hele huset, men det er jo ikke mange utenom de som spiser middag som kommer ned”. Vedkommende sier at man ved å delta aktivt i alt som foregår rundt seg, medvirker til hvordan omgivelsene er. Det blir så sosialt som man gjør det selv. “Og miljøet her er upåklagelig. Det er rett og slett omtrent som en familie”. Dette perspektivet viser at det handler om å gjøre det man klarer, og være aktiv innenfor rammene som er gitt.

Samlet gir det et nyansert bilde av hvordan eldre ser på sitt bidrag til fellesskapet. Eldre menneskers forståelse av brukervedvirkning er kompleks og formes av deres erfaringer og perspektiver. Mens noen ser på medvirkning som en mulighet til å påvirke beslutninger, ser andre det som en form for deltakelse og hjelpsomhet. Samtidig kan opplevelsen av begrenset kontroll i visse situasjoner påvirke deres syn på medvirkning. Å forstå disse ulike perspektivene er avgjørende for å legge til rette for meningsfull brukervedvirkning blant eldre.

## **5.2 Opplevelse av medvirkning**

Eldres medvirkning i beslutningsprosesser om deres omsorg og daglige rutiner er avgjørende for å sikre en verdig alderdom. Tilgangen på informasjon spiller en viktig rolle i å styrke eldres mulighet til å delta på ulike nivåer av medvirkning. Gjennom ulike sitater og eksempler fra intervjuene viser hvordan tilgang på informasjon blir et bindeledd i medvirkningsstigen for eldre. Kollektiv medvirkning manifesterer seg gjennom beboermøter og sosial deltakelse, men det er rom for forbedring i struktur og gjennomføring. Individuell medvirkning, som valgmuligheter i dagliglivet og involvering i valg av tjenester, er essensielt for eldres opplevelse av selvstendighet. Eldre søker ikke bare informasjon, men reell innflytelse over beslutninger som påvirker deres liv. Deres ønske er ikke bare å bli hørt, men å være aktive deltakere i utforming av sitt eget liv.

### 5.2.1 Tilgang på informasjon

Eldres medvirkning i beslutningsprosesser angående deres omsorg og daglige rutiner er avgjørende for å sikre en verdig og selvstendig alderdom. Tilgangen på informasjon spiller en vesentlig rolle i å styrke eldres mulighet til å delta på ulike nivåer av medvirkning. Gjennom ulike sitater og eksempler ser man hvordan tilgang på informasjon blir et bindeledd i medvirkningsstigen for eldre.

Første sitat er et eksempel på en type informasjon som er tilgjengelig for beboere i omsorgsboliger. «De lager til sånne timeplaner for hva vi skal gjøre på dagen, altså, aktiviteter da.» Timeplanen gir en oversikt over hvilke aktivitetstilbud som er tilgjengelig de ulike dagene. Det er dermed opp til hver enkelt av beboerne å avgjøre hva de ønsker å delta på. Dette illustrerer lavere nivåer av medvirkning der eldre får informasjon om planlagte aktiviteter, men mangler reell innflytelse over dem. Denne deltakeren forteller om begrenset kontroll over planleggingen av aktivitetene i hverdagen. Vedkommende opplever ikke å ha innflytelse på aktivitetstilbudet, men er likevel svært fornøyd med de aktivitetene som tilbys.

Flere beboere forteller at de savner informasjon om forventet klokkeslett for når hjemmesykepleieren skal komme, særlig om morgenen. Nær alle forteller om mye venting om morgenen, da de behøver hjelp for å komme seg opp og/eller stelle seg om morgenen. Her adresseres behovet for informasjon om tjenesteleveranser. Flere ønsker å påvirke tidspunktet for tjenester, men forstår at det er vanskelig når det er mange som skal ha hjelp om morgenen. Det understreker viktigheten av å gi eldre muligheten til å påvirke aspekter som direkte påvirker deres daglige liv.

Neste sitat handler om informasjon som gir eldre oversikt over daglige felles måltider. «Og det er at de har satt opp en liste over hvilken mat vi får hver dag. Og det er litt greit å vite». Selv om dette kan anses som en enkel form for informasjonsdeling, er det et eksempel på hvordan tilgang til informasjon gir eldre en viss følelse av kontroll.

Samtlige av beboerne forteller at de får mye informasjon om hvilke tilbud som er tilgjengelige, og at det er opp til dem selv å bestemme om det er noe de ønsker. Dette utkastet viser en høyere grad av medvirkning, der eldre ikke bare mottar informasjon, men også gis autonomi til å velge blant tilgjengelige tilbud. Eldres medvirkning gjennom tilgang på informasjon er en prosess. Det kreves en kontinuerlig innsats for å sikre at eldres stemmer blir hørt på en meningsfull måte, og at informasjonen de mottar gir dem reell innflytelse over beslutninger som påvirker deres liv.

### 5.2.2 Kollektiv medvirkning

Eldres medvirkningsmuligheter kan også manifestere seg gjennom kollektive diskusjoner, samarbeid og beboermøter. «Og kanskje vi kunne hatt noen møter av og til. For det er sikkert noen som er misfornøyd med noen ting, og da kan ting tas opp og sånn. Vi har hatt ett sånn møte». Dette sitatet viser at beboermøter er et forsøk fra Bergen kommune på å skape en plattform for medvirkning. Videre forteller deltakeren at det ble sagt veldig lite på beboermøtet, og at han/hun opplevde at møtet ikke resulterte i noe. Det er nok rom for forbedring i strukturen og gjennomføringen av disse møtene, men det er et godt tiltak fra kommunens side, siden det åpner for tilbakemeldinger.

Deltakerne tenker at graden av sosial deltakelse avhenger av individuell deltakelse. «Ja, det er veldig sosialt her. Hvis du er sosial selv. Der er vi jo litt forskjellige, ikke sant.» Dette sitatet peker på sosial deltakelse som en form for medvirkning. Det gir et perspektiv på hvordan sosial samhandling kan være en plattform for utveksling av meninger og ønsker. I tillegg viser det at man må selv delta for å skape det miljøet man ønsker.

Følgende sitat illustrerer kollektivt samarbeid og fellesskap blant eldre. «Vi hjelper hverandre, og snakker med hverandre, og rådfører med hverandre, og reiser på tur sammen, og spiser sammen. Men vi sover hver for oss (ler spøkefullt).» De deltar i beslutningsprosesser, og skaper et miljø der hver enkelt har en stemme i gruppen. Selv om det er humoristisk formulert av deltakeren, gir det et bilde av samarbeidets kraft.

Neste eksempel viser hvordan kollektive beslutninger kan påvirke hverdagen. "Det eneste måltidet jeg spiser er jo middag, og det har jo blitt bestemt at det skal være klokken 14. Så det er jo greit. Det var en forespørsel en gang, om den middagen. For tidligere tror jeg det var klokken 13, men så hadde vi en forespørsel, og da ble det klokken 14, for det var flertall for det". Beboerne blir enige om tidspunkt for middag, og tar beslutninger i fellesskap. Det gir dem en følelse av innflytelse over slike rutinemessige deler av livet.

På spørsmål om deltakeren opplever at det er et sosialt miljø her, svarer vedkommende slik: «Nå er det det. Det var en stund det ikke var noen ting. Men så var det veldig mye klager av barna. Så nå er det folk på kjøkkenet til klokken er 15.30. Da er det alltid noe som skjer. Lager litt kaffe, eller baker en kake, litt trim.» Dette eksempelet viser at pårørende også kan spille en rolle i eldres medvirkning. Pårørendes engasjement har potensial til å påvirke beslutningsprosesser og aktiviteter som tilbys eldre.

De neste eksemplene viser variasjoner i hvordan eldre opplever sin innflytelse, fra å delta aktivt i aktivitetstilbud til å diskutere endringer og forslag. «Vi har innflytelse nede på stuen, kan du si. Hun er veldig flink til å ta oss med når det er middag og sånn, ja, hva vi liker

og sånn». Her forteller vedkommende at beboerne i fellesskap snakker om hva de ønsker å spise til felles måltid, og at det er åpent for alle å komme med ønsker og forslag. Avgjørelsen blir tatt av ansatt i miljøstuen, men beboerne får mulighet til å påvirke avgjørelsen i fellesskap. Ved spørsmål om de har innflytelse på aktiviteter i miljøstuen, svarer en av deltakerne følgende: «Det diskuterer vi hele tiden. Det kan være spill, hva som helst. For eksempel, bingo har vi begynt å spille nå av og til, en gang iblant, en gang i måneden, eller to ganger i måneden. Og så har vi forskjellige spill som vi spiller, så det viser seg at vi liker det, spill». Miljøstuen er åpen for alle beboerne, og man kan starte aktiviteter og spill uten engasjement fra ansatt i miljøstuen. Likevel forteller deltakeren at den ansatte legger til rette for de aktivitetene og spillene som beboerne ønsker. Avgjørelser om aktiviteter tas i utgangspunktet av beboerne i fellesskap, så lenge ansatt ikke mener det vil være uforsvarlig. En annen deltaker forteller også at han/hun opplever at beboerne har blitt hørt når det gjelder matønsker. «Jeg føler også at den maten vi får, den er det jo enkelte som har klaget på. Så jeg tror at de kanskje har plukket ut den maten vi helst vil ha. Så der synes jeg de har fulgt oss altså». Når beboere har uttrykt misnøye har kommunen tilpasset seg tilbakemeldingene.

Deltakerne uttrykker både ønsket om å delta og opplevelsen av å bli hørt i ulike grader. Disse sitatene gir et bilde av hvordan Eldres medvirkning kan variere i ulike situasjoner. Kollektive diskusjoner, samarbeid og beboermøter er viktige virkemidler for Eldres medvirkning. Det er nødvendig å utvikle strukturer som fremmer reell deltakelse, slik at eldre ikke bare blir informert, men også har en meningsfull innflytelse på beslutninger som angår deres liv.

### **5.2.3 Individuell medvirkning**

Individuell medvirkning er en sentral del av eldre menneskers opplevelse av selvstendighet og aktiv deltakelse i egen hverdag. Intervjuene gir en innsikt i hvordan eldre erfarer og uttrykker sitt ønske om å være delaktige i beslutninger som påvirker deres liv. «I en sånn vanlig dag for meg, så forsøker jeg å hjelpe meg selv mest mulig». Dette er et sitat fra én av deltakerne, men det er også et synspunkt som har gått igjen hos de fleste intervjudeltakerne. Dette viser at de har et ønske om å være aktive og deltakende i egen hverdag. Mange eldre streber etter aktiv deltakelse i daglige aktiviteter, noe som viser et behov for å opprettholde verdigheten.

"Men så har du også det valget at du kan velge om du vil spise middag to ganger i uken, eller tre, eller fast, eller ja. Det er veldig fint." Dette sitatet fremhever betydningen av

valgmuligheter. Eldre setter pris på muligheten til å ta beslutninger om egen hverdag, og dette perspektivet belyser individuell medvirkning som en nødvendig frihet.

«Men det har jeg tenkt på, at de andre, at disse mannfolkene må jo gå til dem også. Og det er sikkert ikke bare meg som ikke vil ha dem». Dette sitater er fra én av flere kvinner som tar opp temaet om hjelp til dusjing av motsatt kjønn. Når det kommer en hjemmesykepleier av motsatt kjønn, får bruker selv bestemme hva de ønsker hjelp til. De kan si nei til dusjing hvis de ikke ønsker at en pleier av motsatt kjønn skal hjelpe med det, men da blir konsekvensen å vente til neste planlagte dusjing. Her ser vi at individuell medvirkning også kan påvirke mellommenneskelige forhold. Eldre tar beslutninger basert på personlige preferanser, selv om det kan ha konsekvenser som å vente på nødvendig hjelp.

"Du kan bruke de som kommunen har, og så er det flere andre du kan bruke, så betaler kommunen den tjenesten. Du betaler en egenandel, og det som er over det, det betaler kommunen. Så det er jo greit. Og hvor mye hjelp du skal få, det er jo litt bestemt av tilstanden din." Dette utkastet viser hvordan eldre blir en integrert del av beslutningsprosessen når det gjelder valg av hjemmehjelp eller vaskehjelp. De deltar aktivt i å forme den tjenesten de mottar, og valgmuligheten gir dem en følelse av kontroll.

Eldre søker ikke bare informasjon, men streber etter reell innflytelse over beslutninger som påvirker deres liv. De beveger seg mellom å være informert til å være aktive deltakere. Mens eldre opplever individuell medvirkning som viktig, kan det også være utfordrende. Noen ganger står personlige valg i konflikt med organisatoriske begrensninger, og det kan være nødvendig å finne balanse mellom individuelle ønsker og samfunnsmessige forpliktelser. Individuell medvirkning hos eldre er en kompleks dynamikk der ønsket om selvstendighet og valgfrihet veves sammen med nødvendigheten av å tilpasse seg omsorgsstrukturer. Eldre søker ikke bare å bli hørt, men å være aktive deltakere i utforming av sitt eget liv.

### **5.3 Barrierer for medvirkning**

Kapittelet utforsker ulike barrierer som påvirker Eldres evne til å delta aktivt i egen omsorg og brukervedvirkning i hjemmesykepleien. Mangel på kontinuitet blant pleierne skaper utfordrende situasjoner, der erstatninger ikke alltid møter Eldres preferanser og behov. Dette påvirker ikke bare omsorgskvaliteten, men også tilliten mellom pleiere og eldre. En annen barriere er følelsen av ikke å bli hørt, der deltakere opplever at deres meninger avfeies eller ignoreres, påvirker motivasjonen for deltakelse i beslutningsprosesser. Manglende kommunikasjon, enten på grunn av språkbarrierer eller rutinesvikt, er også en betydelig

hindring for brukermedvirkning. Eldres interesse for deltakelse varierer, noen verdsetter muligheten til påvirkning, mens andre ikke ser behovet eller opplever manglende rom for meningsytring. Samlet sett indikerer funnene kompleksiteten av eldre menneskers holdninger og opplevelser knyttet til brukermedvirkning.

### **5.3.1 Mangel på kontinuitet i hjemmesykepleien**

Denne delen av studien undersøker hvordan mangel på kontinuitet i hjemmesykepleien kan utgjøre en betydelig barriere for Eldres mulighet til å delta aktivt i egen omsorg og brukermedvirkning. En av deltakerne deler erfaringer om tapet av fire faste pleiere som skapte en følelse av fellesskap og trygghet. Etter at disse gikk av med pensjon, ble de erstattet av nye ansatte, og mangelen på kontinuitet skapte en utfordrende situasjon for den eldre personen. «Det kan være nye hver dag. Og for de som virkelig trenger omsorg så er det ikke greit». Dette påvirker ikke bare kvaliteten på omsorgen, men også muligheten for å knytte kjennskap til pleierne.

En annen deltaker gir et innblikk i bekymringer for fremtiden, knyttet til behovet for mer omfattende hjelp. «Jeg er glad for at jeg klarer det jeg klarer. Det er ikke godt å sitte å vente på at de skal komme, og kanskje bli seine». Vedkommende uttrykker bekymring for at mangel på kontinuitet blant de ansatte kan påvirke tilgjengeligheten og kvaliteten på tjenestene når behovet for hjelp øker.

En tredje person deler bekymringer knyttet til at hjelpepleiere ofte er forskjellige hver gang de besøker. Dette skaper frustrasjon, spesielt når det kommer til situasjoner hvor en pleier av motsatt kjønn b6le sendt uten varsel, og han/hun følte seg ukomfortabel med det. ... Det kom en hjemmesykepleier av motsatt kjønn til morgenstell. Pleieren hadde aldri vært der tidligere. Han/hun trodde det skulle komme en av samme kjønn. Pleieren kom sent, og beklaget. Det hadde vært en travel morgen. Deltakeren hadde ligget lenge og ventet i sengen. Han/hun forstod at det var travelt og at det ikke var pleierens feil, men var virkelig ikke interessert i at det skulle komme en av motsatt kjønn. Pleieren skulle hjelpe til med å dusje. Personen sier til pleieren at han/hun trodde det skulle komme en av samme kjønn. Pleieren er forståelsesfull, og spør om han/hun ønsker at det skal komme en annen pleier. Han/hun svarer ja. Pleieren ringer til en kollega og forklarer dilemmaet. Kollegaen hadde det for travelt til å komme. Så da måtte han/hun velge mellom å vente til neste dusj, som er en uke til, eller om pleieren skal få lov til å hjelpe han/henne med å dusje. Deltakeren ville ikke risikere å vente så lenge, så han/hun valgte å la ham hjelpe. Personen orket ikke å vente lenger den morgenen. «Så det ble en kattevask».



En fjerde person forteller også om et ønske om å velge om det skal være en mann eller kvinne som hjelper med stell. Personen har for det meste godtatt de som har kommet for å hjelpe med stelling, men han/hun husker særlig én gang det kom en av motsatt kjønn. Han/hun hadde aldri sett denne pleieren før, og denne pleieren skulle hjelpe han/henne med å dusje. Vedkommende uttrykker at han/hun ikke ønsker å bli dusjet av en pleier av motsatt kjønn. Da svarer pleieren «jaja, det er jo ditt valg. Da blir det ikke noen dusj i dag». Da blir han/hun nødt til å vente til neste dusj, som er en uke til. Deltakeren forteller også om en annen hendelse, med en ferievikar. Vikaren var student, og jobbet i hjemmesykepleien den sommeren. Studenten hadde ikke noe tidligere erfaring, og det synes deltakeren var kritikkverdig. Han/hun ga tydelig beskjed om at noen andre måtte komme og hjelpe til med dusjing. Da kalte studenten på en kollega, som har jobbet lenge i hjemmesykepleien. Det var også en av motsatt kjønn. Den mer erfarne av dem fikk lov til å hjelpe med å dusje. «De som jeg kjenner, og de som jeg vet jobber fast, som jeg kjenner godt og sånn, så har jeg ikke noe imot det». Kjønn var ikke kjernen av problemet, men heller det at en fremmed skulle hjelpe med noe så intimt. Disse hendelsene viser at mangel på kontinuitet og valgmuligheter kan føre til misnøye, og lite tillit mellom hjemmesykepleiere og den eldre.

En femte deltaker fremhever hvordan ventetid på hjemmesykepleien kan være utfordrende, spesielt når det er få ansatte tilgjengelige og mange beboere å ta seg av. «Det går så sent om morgenen, og jeg er oppe tidlig om morgenen. Og da må jeg ligge å vente på hjemmesykepleien som skal hjelpe meg å komme meg opp og få stelt meg ordentlig. Og da må jeg ligge og vente, og vente, på disse hjemmesykepleierne. Men de har jo mange de skal gå til, og så er det lite folk på jobb, så jeg forstår dem godt.» Denne ventetiden kan påvirke Eldres opplevelse av verdighet og selvstendighet.

To andre deltakeres opplevelser står i kontrast med opplevelsene ovenfor. «Jeg er fornøyd. Jeg har ikke noe å utsette på noe. Men det kommer mange forskjellige, og det er jo fordi at det er sykdom rundt forbi». Den andre sier, «Selv om det er mange innom, så er det også faste. Så det kan godt skifte sånn når de faste stadig går igjen». Disse sitatene viser at ikke alle opplever det som utfordrende eller frustrerende at det kan være stor variasjon i hjemmesykepleierne som kommer.

Samlet sett indikerer disse notatene at mangel på kontinuitet i hjemmesykepleien kan være problematisk for Eldres evne til å delta aktivt i egen omsorg. Å etablere alternative turnusordninger, som langturnus, kan være en strategi for å adressere disse problemene og skape en mer stabil og kontinuerlig omsorgstjeneste (Meld. St. 15, 2017-2018, s. 27). Dette vil ikke bare forbedre kvaliteten på tjenestene, men også gi eldre borgere en større følelse av

kontroll, valgmuligheter og deltagelse i beslutningsprosesser som påvirker deres liv og trivsel. Bergen kommune er blant de kommunene som har tatt i bruk langturnusordninger, i deler av helse- og omsorgstjenesten (Meld. St. 15, 2017-2018, s. 27).

### **5.3.2 Eldres opplevelse av å ikke bli hørt**

I møte med noen av beboerne kommer det tydelig frem at følelsen av ikke å bli hørt utgjør en betydelig barriere for effektiv brukermedvirkning. Følelsen av å ikke bli hørt kan påvirke eldres evne og vilje til å delta i beslutningsprosesser.

En av deltakerne deler en erfaring knyttet til måten maten blir servert på. Tidligere hadde smørbrød blitt satt frem på bordet, slik at alle kunne forsyne seg selv. Etter at en ny person ble ansatt, begynte de å servere smørbrødene til hver enkelt fremfor å sette dem på bordet. Deltakeren fortalte at den forrige ordningen var bedre, fordi da kunne man ta det smørbrødet man hadde lyst på, og man kunne ta den mengden man ønsket å spise. Vedkommende valgte å stille spørsmål og uttrykke sin misnøye, men opplevde å ikke bli hørt. Derimot opplevde deltakeren å få tilsnakk fra den ansatte. Dette førte ikke bare til en ubehagelig situasjon, men også til at andre var tilbakeholdne med å uttrykke sine meninger av frykt for negativ respons. Denne personen føler også at enkelte bekymringer eller kommentarer blir avfeid, eller ikke blir fulgt opp. Dette skaper en opplevelse av at ens meninger ikke blir tatt på alvor, og dermed reduserer motivasjonen til å delta aktivt i beslutningsprosesser. Dette påvirker deltakerens oppfatning av verdien av å engasjere seg i brukermedvirkning, da det virker som om det ikke vil ha noen reell innvirkning.

I et annet intervju knytter personen kvaliteten på maten i fellesområdet, til deres beslutning om å ikke benytte seg av tilbudet. “Vel, hvis maten hadde vært bedre så kunne jeg spist nede med de andre oftere, fordi jeg vil være sosial. Men maten er så dårlig at jeg velger å lage mat til meg selv istedenfor.” Dårlig matkvalitet, kombinert med følelsen av å ikke bli lyttet til når det uttrykkes misnøye, fører til at personen velger å unngå fellesmåltider. Dette går også utover det sosiale fellesskapet, da deltakeren kunne fortelle om flere som velger bort fellesmåltidene av samme grunn. “Jeg tenkte at i stedet for å klage og lage dårlig stemning, så slutter jeg å spise her.” Personen uttrykte også frykt for at tilbudet om felles måltider skal forsvinne, fordi de ikke benytter seg av tilbudet på grunn av dårlig kvalitet.

En tredje deltaker kunne fortelle at maten de får servert blir levert av et storkjøkken, og at den ansatte kun trenger å varme maten etter instruksjoner. Hos denne omsorgsboligen har de én fast ansatt som tar seg av denne arbeidsoppgaven. Deltakeren opplever at maten de får servert er av dårlig kvalitet, og mener at det er fordi den ansatte ikke følger

instruksjonene. Vedkommende opplevde at maten ble betraktelig bedre i perioden med sommervikar. Sommervikaren tok i mot alle tilbakemeldinger, og videreformidlet til fast ansatt. Beskjeden de fikk når den ansatte kom tilbake på jobb, var at han/hun var opptatt av å gjøre det på sin egen måte. Deltakeren forteller at han/hun sa i fra til den ansatte, og at reaksjonen var kjeft, gjentatte ganger. «Jeg sa at hvis han/hun laget maten bedre, så hadde jeg kommet ned for å spise. Da kommer kanskje andre også.» Vedkommende forteller at han/hun ikke har tenkt å gi flere tilbakemeldinger, fordi det føles vanskelig.

I et av intervjuene fortelles det om et eksempel som ikke involverer mat, men som vedkommende ikke føler seg hørt på. Det handler om tradisjoner. Deltakeren forteller at dette er noe som har skjedd de siste årene, men at det ikke alltid har vært sånn. For noen år siden begynte omsorgsboligen å pynte til jul tidlig i november. Han/hun spurte en av de ansatte om hvorfor de begynte å pynte så tidlig. Tradisjonelt sett var personen vant til at man pyntet til advent på første søndagen i advent, og at man pyntet til jul på lille julaften. Han/hun viser forståelse for at det kan være nødvendig å fravike noe fra tradisjonene, fordi de ansatte har mange andre arbeidsoppgaver de må gjøre. Likevel synes han/hun at det var alt for tidlig å pynte til jul i begynnelsen av november. Som svar på spørsmålet sier den ansatte «det er jo så hyggelig med julepynt. Nå kan dere nyte den litt lenger.» Tanken bak julepyntingen var god, og det var ment å skape god stemning hos beboerne. Resultatet ble derimot at ikke alle var like fornøyde, fordi det bryter med tradisjonene deres. Deltakeren forteller at tidlig pynting har foregått i noen år, og at han/hun har gitt tilbakemelding gjentatte ganger på at det er for tidlig å pynte til jul, men opplever at det ikke har noen virkning.

Samlet sett indikerer dette at noen av deltakernes opplevelse av ikke å bli hørt er en betydelig hindring for aktiv deltakelse i hverdagen. Deltakerne ønsker en åpen dialog, at omsorgsboligene lytter til Eldres bekymringer og meninger, og sikrer at disse blir tatt på alvor. Dette vil ikke bare styrke Eldres deltakelse, men også bidra til å skape et mer inkluderende miljø.

### **5.3.3 Mangel på god kommunikasjon**

I samtalene med eldre kommer det frem at mangel på god kommunikasjon utgjør en barriere for medvirkning. Denne mangelen kan hindre en effektiv deltakelse i beslutningsprosesser og redusere mulighetene for Eldres innflytelse.

En person beskriver utfordringer knyttet til kommunikasjon med de som har begrensede norskkunnskaper. «Jeg vet ikke alltid hva jeg skal svare». Deltakeren forteller at

det er enkelte som ikke er like lett å forstå. De snakker norsk, men ikke godt nok til at det ikke skjer misforståelser ofte. Dette gjør det vanskelig å få ordentlig kontakt med dem. Vedkommende er usikker på om de ansatte alltid forstår alt som blir sagt. Personen opplever vanskeligheter med å forstå og å bli forstått. Dette kan føre til at deltakeren ikke får delt sin mening eller at det skjer misforståelser, da deltakeren ikke klarer å etablere ordentlig kontakt med personene det gjelder.

En annen deltaker belyser hvordan manglende ordenssans i kombinasjon med kommunikasjonssvikt påvirker samhandlingen. Vedkommende viser frem et bord som står på badet, og forteller om alt rotet som står på bordet. Bordet er fullt av utstyr som hjemmesykepleien bruker for å hjelpe til med stelling. Personen har forsøkt å rydde gjentatte ganger, men det blir bare rotete igjen. Videre forteller deltakeren om hjemmesykepleieren som kom den dagen. Hun hadde kommentert at det var forferdelig rotete på badet. Da svarte deltakeren «Ja, det må du ikke si til meg. Jeg har fått beskjed om at jeg ikke skal røre noen ting». Vedkommende blir ordentlig opprørt av å bli beskyldt for å rote, og å gjøre det vanskelig for hjemmesykepleien å finne utstyret de trenger. Deltakeren mener at hjemmesykepleien ikke kommuniserer godt nok med hverandre.

En tredje deltaker trekker frem mangel på kommunikasjon som en barriere i helsevesenet. «Jeg vet det er mangel på folk i helsevesenet, men jeg mener at de slipper folk litt for lett til, for de mangler språket». Personen mener at mange starter i jobben før de kan tilstrekkelig med norsk, og at det bør legges mer vekt på å forbedre norskkunnskapene til helsepersonell. Vedkommende understreker også at mange er flinke til å snakke norsk, men ikke alle. Personen forteller at det ikke er hver dag en hjemmesykepleier ikke snakker nok norsk, men at når det først er en utfordring er den vanskelig å løse. Det er ingen andre til stede som kan hjelpe. Det er kun de to personene som må kommunisere med hverandre.

Samlet sett indikerer disse funnene at mangelen på effektiv kommunikasjon, enten det skyldes språkbarrierer eller enighet i rutiner, kan være en barriere for eldres brukermedvirkning. Å løse disse utfordringene krever målrettede tiltak, som å tilby språkopplæring, bedre tilrettelegging for kommunikasjon, og økt bevissthet om betydningen av tydelig kommunikasjon. Dette vil bidra til å styrke eldres deltakelse og gi dem en stemme i beslutningsprosesser som angår deres liv og trivsel.

#### **5.3.4 Eldres interesse for brukermedvirkning**

Resultatene fra intervjuene avslører en variasjon i graden av interesse og opplevelse av innflytelse blant de eldre. Mens noen verdsetter muligheten til å påvirke omgivelsene, er det

andre som enten ikke ser behovet for å uttrykke meninger eller opplever at det ikke finnes et ordentlig forum å uttrykke meninger i.

En av deltakerne viser en nøytral holdning til beboermøter, et av de eksisterende medvirknings tiltakene. Personen har ikke bodd så lenge i omsorgsbolig, og har kun fått delta på ett fellesmøte for alle beboerne ved omsorgsboligen. Møtet ble opplevd som lite produktivt. Det var kun to personer som sa noe på møtet, og det ble for det meste sagt ting som ikke var mulig å gjennomføre.

En annen deltaker, som til tross for å være likegyldig, ser verdien av å ha innflytelse. «Nå er jeg blitt så sløv at nå er det omtrent ikke noe jeg bryr meg med. Men jeg tror at hvis vi kunne hatt litt innvirkning på tingene som skal skje her og sånn, så kunne det vært. At vi hadde følt oss litt mer oppegående og mer i live». Personen knytter muligheten til å påvirke til følelsen av å være "oppegående" og "i live." Å ha kontroll over eget liv blir sett på som betydningsfullt.

En tredje deltaker opplever å ha lite innflytelse over felles aktiviteter eller sosiale samlinger, men har heller ikke et behov for å ha innflytelse. «Jeg har jo ikke akkurat kommet frem med noen egne meninger». Jeg spør videre om det er slik at han/hun ikke har hatt noen meninger å dele, eller om det ikke finnes et rom for å dele meninger. Da svarer personen at han/hun ikke har hatt et behov for å ytre meninger. Dette reiser spørsmål om behovet for å uttrykke meninger og om det finnes et rom for slik deltakelse.

En fjerde deltaker belyser en positiv opplevelse av muligheten til å påvirke. «Jeg føler at hvis det er noe så kan vi gå og si det, og så får vi svar på det. Enten det blir ja eller nei». Respondenten ser på det som en selvfølgelighet å kunne uttrykke seg og føler seg hørt av hjemmesykepleiere og andre ansatte

Samlet sett antyder disse intervjuene at interessen for brukervedvirkning blant eldre varierer. Mens noen verdsetter muligheten til å påvirke omgivelsene, er det andre som enten ikke ser behovet for å uttrykke meninger eller opplever at det ikke er rom for det. Dette indikerer kompleksiteten av eldre menneskers holdninger og opplevelser knyttet til brukervedvirkning.

#### **5.4 Oppsummering av funn**

I dette kapittelet oppsummeres hovedfunnene fra masterprosjektet som tar sikte på å undersøke eldre menneskers opplevelse av brukervedvirkning i hverdagen. Eldres forståelse av medvirkning varierer, fra å se det som muligheten til å påvirke beslutninger til å knytte det til deltakelse og bidrag til fellesskapet gjennom små handlinger. Samtalene med eldre

avdekker ulike perspektiver på medvirkning. Intervjuene reflekterer eldre menneskers ulike erfaringer og perspektiver, fra å vurdere medvirkning som en mulighet til å påvirke beslutninger til å se det som deltakelse og hjelpsomhet.

Eldres medvirkning i beslutningsprosesser om omsorg og daglige rutiner er avgjørende for en verdig alderdom. Tilgangen på informasjon spiller en sentral rolle i å styrke eldres mulighet til å delta på ulike nivåer av medvirkning. De ønsker ikke bare å bli informert, men å ha reell innflytelse over beslutninger som påvirker deres liv. Behovet for informasjon om tjenesteleveranser, som tidspunkt for hjemmesykepleie, understreker viktigheten av å gi eldre muligheten til å påvirke aspekter av sin daglige rutine. Kollektive diskusjoner, samarbeid, og beboermøter er viktige for eldres medvirkning. Eldre skaper et miljø der hver enkelt har en stemme i gruppen og deltar i beslutninger om felles måltider og aktiviteter. Pårørende spiller også en rolle i eldres medvirkning. Individuell medvirkning er avgjørende for eldres opplevelse av selvstendighet. Eldre ønsker å være aktive deltakere i beslutninger som påvirker deres liv. Dette inkluderer valgmuligheter i dagliglivet, deltakelse i felles måltider, og tilpasning av hjemmehjelpstjenester. Denne formen for medvirkning utfordres av konflikter mellom personlige valg og organisatoriske begrensninger.

Ulike barrierer påvirker eldres evne til å delta aktivt i egen omsorg og brukervedvirkning i hjemmesykepleien. Gjennom intervjuene identifiseres fire hovedområder av barrierer: mangel på kontinuitet i hjemmesykepleien, følelsen av ikke å bli hørt, mangel på god kommunikasjon, og variasjon i eldres interesse for brukervedvirkning. Dette området av studien har utforsket hvordan mangel på kontinuitet blant pleiere skaper utfordrende situasjoner for eldre. Erstatninger møter ikke alltid eldres preferanser, noe som påvirker omsorgskvaliteten og tilliten mellom pleiere og eldre. Gjennom deltakernes erfaringer har vi sett hvordan denne mangelen på kontinuitet kan påvirke tilgjengelighet, kvalitet på tjenester, og skape frustrasjon, spesielt når det gjelder intime situasjoner som dusjing. Når deltakerne uttrykker bekymringer eller misnøye, men opplever at deres meninger avfeies eller ignoreres, reduseres motivasjonen for aktiv deltakelse i beslutningsprosesser. Deltakerne har pekt på utfordringer knyttet til kommunikasjon, spesielt med de som har begrensede norskkunnskaper. Manglende forståelse og misforståelser skaper vanskeligheter med å etablere kontakt. I tillegg har dårlig kommunikasjon mellom hjemmesykepleiere blitt påpekt, noe som påvirker samarbeidet.

Samlet sett gir disse funnene et nyansert bilde av eldre menneskers holdninger til brukervedvirkning. For å legge til rette for meningsfull medvirkning blant eldre, er det viktig

å forstå de ulike perspektivene og skape strukturer som fremmer reell deltakelse. Eldre søker ikke bare å bli hørt, men å være aktive deltakere i utforming av sitt eget liv.

## **6. Diskusjon**

Først diskuteres brukernes grad av medvirkning ved å anvende Arnsteins deltakelsesstige. Resultatene indikerer variasjoner i medvirkningsnivået, hvor informasjon spiller en sentral rolle. Eldre er informert om aktiviteter og tjenester, men reell medvirkning øker når de blir involvert i beslutningsprosesser. Eksempler som matutvalg og endring av serverings tidspunkt viser ulike grader av medvirkningskraft. Pårørende og beboermøter blir også identifisert som arenaer for medvirkning. For effektiv brukermedvirkning kreves ikke bare tilgjengelig informasjon, men også trygge arenaer hvor eldre blir hørt. Videre diskuteres utfordringer ved å oppnå reell brukermedvirkning. Tidsmangel og ressursknapphet i eldreomsorgen utfordrer implementeringen av empowerment-perspektivet. Balanseringen mellom standardisering og brukermedvirkning kompliserer praksis, og selv om brukermedvirkning er lovfestet, er det ikke garantert. Til slutt diskuteres medvirkning som en del av en større trend i møte med økende andel eldre i samfunnet. Økt fokus på brukermedvirkning i offentlig diskurs sees som en løsning på demografiske utfordringer. Imidlertid er det risiko for å overføre omsorgsansvar til frivillig sektor og pårørende. Bergen kommune har planer om å gi ansatte økt autonomi i eldreomsorgen, for å gi plass til større grad av brukermedvirkning i praksis. Samtidig er det viktig å unngå svekkelse av det offentlige ansvarsområdet.

### **6.1 Har de eldre en reell medvirkningskraft?**

I dette kapittelet skal funnene knyttes til det teoretiske grunnlaget for prosjektet, med fokus på deltakelsesstigen til Arnstein (2010). Kapittelet tar for seg de ulike gradene av medvirkning, med fokus på mulighetene og ikke barrierene. På lavere nivåer av stigen er eldre informert om aktiviteter og tjenester uten reell påvirkningskraft. Jo høyere opp på stigen, desto mer involvert blir de i beslutningsprosesser knyttet til deres omsorg og daglige liv.

Informasjon er viktig, og kan være en byggestein for videre medvirkning. For at informasjon skal lede til en reell medvirkningsmulighet er det viktig at det ikke stopper ved informasjon. Tilgjengelig informasjon må gi brukerne en mulighet til å ytre seg, og en

mulighet til å bli hørt. Tilgang på informasjon kan gi bruker en viss følelse av kontroll. Et ønske som ble tydelig gjennom intervjuene, er ønsket om mer informasjon knyttet til forventet tidspunkt for besøk av hjemmesykepleien, særlig om morgenen. Tilgang på denne typen informasjon vil ifølge Arnsteins deltakelsesstige (2010) være i kategorien symbolsk deltakelse, men informasjonen kan gi brukerne en følelse av kontroll i hverdagen, og en mulighet for å planlegge og tilpasse forventningene sine.

Et eksempel på informasjon som beboerne mottar er oversikt over aktivitetstilbud og en oversikt over hva som serveres til felles middag i løpet av uken. Tilgangen på denne typen informasjon gjør det mulig for beboerne å planlegge og ta stilling til hvilke aktiviteter de ønsker å delta på. I tillegg får beboerne den informasjonen de trenger for å kunne ytre seg om hva de tenker om det nåværende tilbudet, enten de er fornøyde eller ønsker endringer.

Retten til å si nei til dusjing når du får hjelp av en hjemmesykepleier av motsatt kjønn er et annet eksempel på symbolsk deltakelse. Brukeren blir konsultert, og det er brukeren som tar avgjørelsen om det blir dusjing eller ikke. Likevel er det ikke reell brukermedvirkning, fordi brukerens valg om å si nei til dusjing gir negative konsekvenser. Som beskrevet i kapittel 5.3.1, må brukeren vente til neste avtalte dusjing dersom han/hun sier nei til dusjing den dagen. Det kan oppleves som lenge å vente, da det gjerne er en uke til neste gang. I praksis er det brukeren som tar den endelige avgjørelsen, men hvis brukeren hadde hatt mulighet til å få hjelp til å dusje fra en hjemmesykepleier av samme kjønn, ville brukeren valgt å dusje samme dag.

En av deltakerne fortalte at de opplevde at kommunen valgte ut den maten de likte best, ettersom det tidligere hadde vært klager på maten. Dette eksempelet viser en litt større grad av medvirkningskraft. Beboerne har ikke reell innflytelse over mattilbudet, ettersom de ikke rådføres eller er med i utformingen av tilbudet. Likevel viser eksempelet at kommunen hører på tilbakemeldingene, og forsøker å tilpasse tilbudet.

Når det gjelder individuell medvirkning av tjenester, forteller deltakerne at de setter pris på valgmuligheter og tilrettelegging for å klare seg mest mulig selv. Likevel handler flere av sitatene og fortellingene fra deltakerne om kollektiv medvirkning, og de viser en høyere grad av brukermedvirkning. Et av eksemplene gjaldt endring av klokkeslett for servering av middag. Tidligere hadde middag blitt servert klokken 13, og da var det noen av beboerne som sa ifra at de mente det var litt tidlig med middag klokken 13. Resultatet ble at alle beboerne ble spurt om hva de mente om klokkeslett for servering av middag. Flertallet svarte at de var enige i at middag ble servert litt tidlig, og alle ble enige om å flytte middagservering til



klokken 14. Dette eksempelet viser at beboerne blir konsultert, og får mulighet til å ta en avgjørelse i fellesskap.

Et annet eksempel på kollektiv brukermedvirkning er fortellinger om hvordan beboerne har innflytelse på felles måltider og aktiviteter i miljøstuen. Ansvarlig i miljøstuen inkluderer beboerne i planleggingen av et felles måltid i uken, i tillegg til at hun forhører seg om hvilke aktiviteter og sammenkomster de ønsker å delta på. I tillegg forteller deltakeren at beboerne ofte tar initiativ til aktiviteter og spill på egen hånd. På denne måten medvirker de til det sosiale miljøet på egenhånd, i tillegg til at de har reell medvirkningskraft i miljøstuen.

Intervjuene avdekket også medvirkning gjennom pårørende. Brukerne opplevde omtrent ingen aktivitetstilbud, og pårørende klaget til kommunen. Resultatet ble en fast ansatt i fellesområdet, som organiserer alt fra små til store aktiviteter. Dette viser hvordan pårørende, i samarbeid med brukerne, kan være et viktig verktøy i planlegging og utforming av tjenester.

Flere av beboerne fortalte om beboermøter, hvor kommunen gir mulighet for å diskutere det brukerne ønsker å ta opp. Dette er et nyere tiltak fra kommunens side, og har nok behov for mer struktur og dialog om hva rammene for møtet er. Tilbakemeldingen fra deltakerne har vært at det diskuteres veldig lite på møtet, og at det ikke resulterer i noe. Likevel er et beboermøte et godt verktøy på vei mot reell brukermedvirkning.

Gjennom Arnsteins deltakelsesstige (2010) kan vi se hvordan eldre i noen situasjoner befinner seg på lavere nivåer, der beslutninger tas uten reell innflytelse, mens de i andre situasjoner opplever aktiv deltakelse i beslutningsprosesser. Fra begrenset deltakelse til aktive endringer og påvirkning, representerer stigen og eksemplene en bevegelse langs stigen.

For at eldres medvirkning skal være effektiv, må det ikke bare tilrettelegges for dialog, men eldre må også føle seg trygge i å uttrykke sine meninger. Det er nødvendig å skape arenaer der eldre kan dele erfaringene sine og spille en faktisk rolle i beslutningsprosessene. Samtidig er det viktig å anerkjenne maktposisjonen til forvaltningen og behandlingsapparatet. Kommunikasjon om hvilke beslutninger eldre kan delta i, og tydelige rammer for medvirkningens omfang, er avgjørende for å unngå misforståelser.

## **6.2 Er det realistisk å oppnå reell brukermedvirkning i eldreomsorgen?**

Gjennom en rekke studier har det blitt fastslått at resultatene av tjenestetilbud i eldreomsorgen er mer effektive når de berørte inkluderes i prosessen (Ågotnes et al., 2022, s. 300). Dette prinsippet står i direkte kontrast til den konstante knappheten på tid og ressurser

som preger eldreomsorgens hverdag. Empowerment perspektivet, som vektlegger styrking av brukernes deltakelse, står overfor betydelige utfordringer i en virkelighet preget av tidspress og ressursmangel (Askheim, 2016, s. 139). I en hektisk arbeidssituasjon kan det virke mer effektivt å ta beslutninger uten 'unødvendig brukerinvolvering'. Dette dilemmaet kan føre til at empowerment-perspektivet nedtones i praksis, til tross for erkjennelsen av dets fordeler. Dette kapitlet vil utforske faglig skjønn og de utfordringene som oppstår ved å praktisk gjennomføre brukermedvirkning i en kontekst preget av mange arbeidsoppgaver og presset effektivitet.

Å skape et helse- og omsorgstilbud som både er standardisert og gir rom for brukermedvirkning, er komplekst og krevende (Skjeldal, 2021, s. 139). Bakkebyråkratene, de som har direkte kontakt med brukerne, befinner seg i en splittende situasjon. De må balansere kravene om å handle til brukernes beste med organisasjonens behov for effektivitet og ressursutnyttelse (Askheim, 2020, s. 171). Standardisering kan risikere å neglisjere individuelle behov, og det er nødvendig å finne en balanse som ivaretar begge hensyn. Brukermedvirkning er lovfestet gjennom pasient- og brukerrettighetsloven, og eldre har rett til å bli inkludert i beslutninger angående omsorgstjenester. Likevel er det en realitet at brukermedvirkning ikke alltid er sikret, til tross for juridiske forpliktelser (Skjeldal, 2021, s. 14). Dette understreker gapet mellom prinsippet om medvirkning og faktisk implementering.

Verdighetsgarantiforskriften gjenspeiles i Stortingsmelding 29 (2012-2013, s. 12), hvor det understrekes at det er forskjell på å få tjenester for å overleve, og å få assistanse til å leve et liv. Det blir derfor argumentert for at man i møte med de demografiske endringene må skape løsninger som forutsetter at befolkningen deltar i utformingen av ulike offentlige tjenestetilbud (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 12). Det betyr at eldre ikke lenger kun blir brukere av omsorgstjenester, men også produsenter, ved at de får medvirke eller samskape i prosessen.

Reell brukermedvirkning krever ikke bare åpning for deling av erfaringer, men også aktiv lydhørhet for brukernes behov (Cornwall, 2008, s. 278). Det er ikke tilstrekkelig å arrangere workshops. Det krever investering av tid og ressurser gjennom hele prosessen (Cornwall, 2008, s. 281). En utfordring er også at påstander om brukermedvirkning ofte begrenser seg til samtaler med få aktive representanter, og dermed overser mangfoldet av stemmer. I offentlige dokumenter er brukermedvirkning og samskaping ønskelig, men eldre brukeres innflytelse er begrenset på grunn av faglige kompetanse (Askheim et al., 2017, s. 9). Denne begrensningen kan skape urealistiske forventninger, som at mange eldre ønsker å bestemme tidspunkt for når hjemmesykepleien skal komme (Sørvoll & Gautun, 2020, s. 10).

Implementeringen av brukermedvirkning i eldreomsorgen står overfor betydelige faglige og praktiske utfordringer. Tidspress, behovet for standardisering, og begrensninger i brukerinnflytelse er faktorer som må håndteres. Reell brukermedvirkning krever ikke bare juridiske forpliktelser, men også en kontinuerlig innsats for å sikre at eldre ikke bare mottar tjenester for å overleve, men også får assistanse til å leve et liv i verdighet.

Brukermedvirkning anses ofte som ubetinget positivt, og betraktes som et gode som individet, tjenestene, og samfunnet som helhet drar nytte av (Ågotnes et al., 2022, s. 131). Det knyttes til verdier som valgfrihet og muligheter for medborgeren. Å finne en balanse mellom brukerens erfaringer, ønsker, og den nødvendige faglige ekspertisen er en utfordrende oppgave i eldreomsorgen. Dette kapittelet vil reflektere over kompleksiteten ved denne balansegangen og utforske spørsmål knyttet til maktfordeling og beslutningstaking.

Gjennomføring av brukermedvirkning krever en tilnærming som sikrer at brukerens perspektiv blir hørt uten å kompromittere kvaliteten på omsorgstjenestene. Hvordan kan man navigere grensen mellom å inkludere brukernes ønsker og opprettholde nødvendig faglig styring? Dette utfordrer ikke bare dagens praksis, men også forventningene til både brukere og fagpersoner. Brukere kan ha urealistiske forventninger til graden av kontroll og tidspunkt for tjenester i eldreomsorgen. Å håndtere disse forventningene er viktig. Hvordan kan man tydelig kommunisere om reelle ressursbegrensninger uten å miste tilliten til brukerne? Dette krever ikke bare god og klar kommunikasjon, men også økt bevissthet blant eldre om de strukturelle rammene for omsorgsarbeid.

Til tross for tydelige rettigheter til brukermedvirkning i norsk lov, oppstår det utfordringer når det gjelder praktisk implementering. Manglende klare retningslinjer kan føre til uklarheter og varierende praksis på tvers av faglige enheter (Askheim, 2016a, s. 139). Begrenset tid og ressurser i eldreomsorgen utgjør en betydelig hindring for reell medvirkning. Man må balansere effektivitet og individuelle behov. Det krever organisatoriske endringer for å sikre at brukermedvirkning blir en integrert del av hverdagen. Langturnusordninger har potensial til å adressere utfordringer knyttet til kontinuitet blant pleiere (Meld. St. 15, 2017-2018, s. 27).

Ressursknappheten kan føre til at tjenesteytere prioriterer effektivitet over grundig brukermedvirkning. Brukermedvirkning krever tid og ressurser, og det kan være en reell utfordring i et system som allerede opplever press på grunn av høy arbeidsbelastning og mangel på personell. Å finne en balanse mellom brukerens erfaringer og ønsker og den nødvendige faglige ekspertisen er en utfordring i eldreomsorgen. Hvor går grensen mellom brukermedvirkning og nødvendig faglig styring? Diskusjonen bør fokusere på å finne

strategier som fremmer både standardiserte rutiner og individuelle behov, og hvordan man kan støtte pårørende uten å overvelde dem med omsorgsansvar.

Å oppnå reell brukermedvirkning i eldreomsorgen er komplekst på grunn av de varierte behovene til eldre og de utfordringene som helsevesenet står overfor. Enhver person bringer med seg unike behov og erfaringer, og det er essensielt å anerkjenne og tilpasse seg denne mangfoldigheten for å oppnå en meningsfull og effektiv brukermedvirkning. Selv om veien mot reell brukermedvirkning i eldreomsorgen er utfordrende, vil gevinstene være betydningsfulle for brukerne. En slik tilnærming vil ikke bare bidra til å forbedre kvaliteten på eldreomsorgen, men også styrke samspillet mellom helsevesenet og brukere.

Brukermedvirkning i eldreomsorgen står overfor utfordringer når det gjelder å gå fra symbolikk til reell påvirkning. Både helsepersonell og eldre kan mangle nødvendig kunnskap om betydningen av brukermedvirkning og hvordan den kan gjennomføres meningsfullt (Askheim, 2020, s. 181). Det er avgjørende med systematisk opplæring av helsepersonell og bevisstgjøring av eldre om deres rettigheter og muligheter for medvirkning. Dette bidrar til å bygge et fundament der brukermedvirkning ikke bare er et begrep, men en realitet i eldreomsorgen. Selv om stigemodeller gir en strukturert tilnærming, er virkeligheten innen eldreomsorgen mye mer kompleks. Aktørene inkluderer ikke bare brukere og profesjonelle, men også pårørende, frivillige organisasjoner, og samfunnet som helhet (Askheim, 2016b, s. 25). Dette mangfoldet blir kanskje ikke fullt ut reflektert i slike modeller. Medvirknings tretthet må også tas i betraktning. Hvis innspillene fra brukere ikke fører til konkrete endringer, kan engasjementet reduseres over tid. Tydelig kommunikasjon om hva medvirkning innebærer og hvordan beslutninger tas, er avgjørende for å unngå misforståelser og bygge tillit i medvirkningsprosessen (Cornwall, 2008, s. 280).

Likevel må man stille spørsmål om reell brukermedvirkning alltid er positivt. De som jobber i eldreomsorgen, har fagkunnskap og profesjonell erfaringskunnskap. Jobben deres er å gi praktisk hjelp og omsorg, og å ta avgjørelser til det beste for brukerne. Det er viktig at brukerne blir hørt, men brukerne kan også ha urealistiske forventninger til hva som er mulig å få til. Full brukerkontroll, øverst på deltakelsesstigen, medfører også ansvar og forventninger til brukerne. Man kan ikke ta all makt fra fagpersoner i helse- og omsorgssektoren. De er der for å ta vare på beboerne i omsorgsboliger, man må stole på at de vet hva som er best, samtidig som man må ta hensyn til individuelle behov og ønsker. Ren brukermedvirkning kan ikke oppnås uten å sette praktiske utfordringer, ressursproblemer, fagkunnskap og profesjonell erfaringskunnskap til side. Likevel bør man strebe etter høyest mulig grad for

brukermedvirkning innenfor faglig trygge rammer og strukturelle rammer. Eldre skal være aktive deltakere i egen hverdag.

### **6.3 Medvirkning som et ledd i en større trend**

Den økende andelen eldre i befolkningen og de påfølgende utfordringene i omsorgssektoren har ført til et økt fokus på brukermedvirkning som en del av løsningen. Økningen i antall eldre, spesielt de eldste eldre, skaper behov for økt omsorg og helsehjelp. Stortingsmeldinger og kommuneplaner beskriver et behov for omveltning i eldreomsorgen, for å tilpasse seg den forventede demografiske utviklingen og opprettholde kvaliteten i tjenestene.

Brukermedvirkning fremstilles som en innovativ løsning i offentlig diskurs for å håndtere disse utfordringene og gjøre tjenestene mer effektive. Dette perspektivet gir grunnlag for en omveltning der eldre oppfordres til å bruke sine ressurser for å mestre alderdommen og delta aktivt i samfunnet. Brukermedvirkning blir dermed en del av denne strategien for å utnytte og aktivere brukernes ressurser. Trenden med å styrke samarbeidet med frivillig sektor og legge vekt på uformell omsorg kan også sees som en omveltning. Det offentlige søker å utnytte ressursene som finnes i samfunnet ved å involvere frivillige organisasjoner og familiene til eldre brukere. Dette kan imidlertid også være en form for ansvarsfraskrivelse der det forventes at frivillig sektor og familier skal fylle gapet etter den offentlige sektoren (Ågotnes, Moholt, Blix, 2021, s. 13-14).

Diskursen om eldrebølgen kan bidra til å stigmatisere den eldre befolkningen som en byrde (Christensen & Fluge, 2016, s. 91). Romantiseringen av brukermedvirkning kan fungere som ansvarsfraskrivning fra det offentlige, med forventninger om større ansvar fra den enkelte, pårørende og frivillig sektor. Med begrensede ressurser i offentlig sektor kan økt vektlegging av brukermedvirkning sees som en måte å overføre omsorgsoppgaver til frivillig sektor, familie og venner. Retorikken rundt brukermedvirkning kan understreke behovet for individuelt ansvar og samtidig redusere forventningene til offentlige ressurser. Diskusjonen om standardisering versus individuell tilpasning i omsorgstjenester viser behovet for å finne en balanse mellom effektivitet og imøtekomning av individuelle behov. Brukermedvirkning kan være en måte å tilpasse tjenestene til den enkeltes behov, men samtidig kan strukturelle begrensninger føre til utfordringer i implementeringen. Romantiseringen av brukermedvirkning kan skjule reelle ressursutfordringer i omsorgssektoren og skape urealistiske forventninger. Økt fokus på brukermedvirkning kan være en ressurs debatt der det legges vekt på brukerens ressurser i stedet for å adressere strukturelle problemer. Medvirkningen skal tilpasses brukerens evne til å gi og motta informasjon (Pasient, og

brukerrettighetsloven, 1999, §3-1), Likevel kan det være vanskelig å implementere i praksis, med tanke på variasjoner i brukernes evne til deltakelse og strukturelle begrensninger.

Planer om endringer i styringssystemer i Bergen kommune, med fokus på tillit og ansvar til medarbeiderne, reflekterer også en trend mot å gi mer autonomi til de som jobber direkte med brukerne (Bergen kommune, 2019a, s. 24). Dette kan sees som en respons på behovet for mer fleksibilitet og tilpasning i møte med komplekse utfordringer i omsorgssektoren. Videre kan det å legge større ansvar på at den enkelte bruker forventes å mestre sin egen alderdom, skape ulikheter basert på individuelle ressurser og støttenettverk. Det er derfor nødvendig å veie fordelene av brukermedvirkning opp mot potensielle ulemper og sikre at det ikke fører til en svekkelse av det offentlige ansvarsområdet.

## **7. Konklusjon**

Hensikten med dette masterprosjektet har vært å undersøke hvordan eldre, som bor i omsorgsbolig i Bergen kommune, erfarer brukermedvirkning og deltakelse i egen hverdag. Bakgrunnen for tematikk og problemstilling har vært de demografiske endringene som samfunnet er inne i, med en økende andel eldre. Endringene i demografien er forventet å legge et større press på helse- og omsorgssektoren. I Stortingsmeldinger og kommuneplaner blir brukermedvirkning og samskaping presentert som en del av løsningen på fremtidens ressursutfordringer. Derfor har hensikten vært å undersøke hvordan brukermedvirkning praktiseres og oppleves for brukeren, og diskutere hvorvidt det er mulig å implementere reell medvirkningskraft i omsorgsarbeidet.

Prosjektets teoretiske grunnlag har vært Arnsteins deltakelsesstige, empowerment perspektivet, samskapings teori, så vel som rettighetsdiskurs og konsumentdiskurs. Dette har vært et kvalitativt prosjekt, med et fenomenologisk perspektiv. Data har blitt samlet inn gjennom semi-strukturerte intervju med beboere i omsorgsboliger.

Funnene viser at Eldres forståelse av konseptet medvirkning varierer, der noen ser det som muligheten til å påvirke beslutninger, mens andre knytter det til deltakelse og bidrag til fellesskapet gjennom små handlinger. Intervjuene viser at kollektiv medvirkning manifesterer seg gjennom beboermøter og sosial deltakelse. Individuell medvirkning, som valgmuligheter i dagliglivet og involvering i valg av tjenester, er essensielt for Eldres opplevelse av selvstendighet. Eldre søker ikke bare informasjon, men reell innflytelse over beslutninger som påvirker deres liv. Mangel på kontinuitet i hjemmesykepleien skaper utfordringer for

eldres aktive deltakelse i egen omsorg og brukermedvirkning. Følelsen av ikke å bli hørt utgjør en betydelig barriere for effektiv brukermedvirkning. Mangel på god kommunikasjon, inkludert språkbarrierer, utgjør en betydelig hindring for brukermedvirkning. Problemer knyttet til språkforståelse, kommunikasjonssvikt på grunn av rot. Variasjoner i eldres interesse for brukermedvirkning. Deltakerne viser ulike holdninger, fra nøytralitet til sterk interesse. Mens noen verdsetter muligheten til innflytelse som en betydningsfull del av livet, er det andre som ikke ser behovet eller opplever utilstrekkelig rom for deltakelse. Dette understreker kompleksiteten av eldre menneskers holdninger til brukermedvirkning.

Først diskuteres brukernes grad av medvirkning ved å anvende Arnsteins deltakelsesstige. Resultatene indikerer variasjoner i medvirkningsnivået, hvor informasjon spiller en sentral rolle. Eldre er informert om aktiviteter og tjenester, men reell medvirkning øker når de blir involvert i beslutningsprosesser. Eksempler som matutvalg og endring av serverings tidspunkt viser ulike grader av medvirkningskraft. Pårørende og beboermøter blir også identifisert som arenaer for medvirkning. For effektiv brukermedvirkning kreves ikke bare tilgjengelig informasjon, men også trygge arenaer hvor eldre blir hørt. Videre diskuteres utfordringer ved å oppnå reell brukermedvirkning. Tidsmangel og ressursknapphet i eldreomsorgen utfordrer implementeringen av empowerment-perspektivet. Balanseringen mellom standardisering og brukermedvirkning kompliserer praksis, og selv om brukermedvirkning er lovfestet, er det ikke garantert. Til slutt diskuteres medvirkning som en del av en større trend i møte med økende andel eldre i samfunnet. Økt fokus på brukermedvirkning i offentlig diskurs sees som en løsning på demografiske utfordringer. Imidlertid er det risiko for å overføre omsorgsansvar til frivillig sektor og pårørende. Bergen kommune har planer om å gi ansatte økt autonomi i eldreomsorgen, for å gi plass til større grad av brukermedvirkning i praksis. Samtidig er det viktig å unngå svekkelse av det offentlige ansvarsområdet.

Avslutningsvis vil jeg reflektere litt over hvordan masterprosjektet har gått, og hva jeg ville gjort annerledes hvis jeg skulle gjort prosjektet på nytt. Først ønsker jeg å presisere at jeg ikke har hatt som mål å komme frem til en absolutt sannhet. Gjennom prosjektet har målet vært å få økt kunnskap og forståelse for temaet, med et spesielt fokus på hvordan medvirkning oppleves og erfares av de eldre. I intervjuene var det å diskutere medvirkning som begrep og konsept vanskeligere enn jeg så for meg. Mange av deltakerne forstod ikke helt hva jeg spurte om. Jeg burde nok ha forberedt andre spørsmål for å finne ut av det. I kapittel 5 resultat og funn har jeg presentert noen funn som kaster lys på deres forståelse av konseptet, men ikke så mye som jeg forventet å få ut av intervjuene. Samtidig tenker jeg at

intervjuene har gitt mange sitater og eksempler som gir et variert innblikk. Likevel tenker jeg at det ville vært interessant å se nærmere på brukervedvirkning på systemnivå, eller kanskje sammenligne erfaringene til beboerne og ansatte i hjemmesykepleien.

### **7.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning**

Brukermedvirkning handler om å inkludere brukernes erfaringskunnskap, for å få ny kunnskap eller andre verdier inn i prosessen (Ågotnes et al., 2022, s. 300). De eldre skal inkluderes i diskusjoner og avgjørelser som angår dem selv. Likevel er det et faktum at brukervedvirkning ikke er sikret selv om det er en lovfestet rett (Skjeldal, 2021, s. 14). Prosjektet mitt kan gi innsikt i hvordan eldre opplever at dagens tilbud i omsorgsbolig gir muligheter for å medvirke i egen hverdag. I tillegg viser intervjuene eksempler på hindringer for reell brukervedvirkning. Studien kan også gi innsikt i hvilken grad eldre er opptatt av brukervedvirkning, da funnene viser varierende grad av engasjement hos deltakerne.

Som denne oppgaven har diskutert, finnes det fremdeles mange ubesvarte spørsmål knyttet til brukervedvirkning i eldreomsorgen. Noen eksempler kan være: hvilken grad av brukervedvirkning er realistisk å oppnå i eldreomsorgen? Er brukervedvirkning et ressurseffektivt virkemiddel i en omveltning av omsorgssektoren? Videre vil det også være interessant å forske på brukervedvirkning i andre deler av omsorgssektoren, og kanskje særlig blant brukere uten samtykkekompetanse. Sist, men ikke minst, er brukervedvirkning ubetinget positivt?



## Litteratur

Arnstein, S. R. (2010). A Ladder Of Citizen Participation. *Journal of the American Planning Association*, 35(4), 216-224.

Askheim, O.P. (2016a). Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?. Gyldendal Akademisk.

Askheim, O.P. (2016b). Samproduksjon som velferdssektorens kinderegg. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2 (1), 24-36.

Askheim, O.P. (2017). Brukermedvirkningsdiskurser i den norske velferdspolitikken. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 20(2), 134-149.

Askheim, O.P., Christensen, K., Fluge, S., Guldvik, I. (2017). User participation in the Norwegian Welfare Context: an Analysis of Policy Discourses. *Journal of Social Policy*, 46 (3), s. 583-601.

Askheim, O.P. (2020). Brukermedvirkning - fra politikk til praksis: hvordan implementeres de politiske målsettingene på bakkenivå?. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 23(3), 170-186.

Bergen kommune. (2019a). *Et eldrevennlig Bergen: Seniorplan for Bergen kommune 2019-2024*. Bergen kommune.

<https://www.bergen.kommune.no/politikere-utvalg/api/fil/1896193/Et-eldrevennlig-Bergen-Seniorplan-for-Bergen-kommune-2019-2024-Korrigert-versjon-06-06-19>

Bergen kommune. (2019b). *En alderdom med mening, mestring og trygghet: Plan for helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende eldre (2019-2029)*. Bergen kommune.

<https://www.bergen.kommune.no/politikere-utvalg/api/fil/1335723/Horingsutkast-til-planen-En-alderdom-med-mening-mestring-og-trygghet-Plan-for-helse-og-omsorgstjenester-til-hjemmeboende-eldre-2019-2029>

Bergen kommune. (2023a). *Omsorgsbolig*. Bergen kommune.  
<https://www.bergen.kommune.no/innbyggerhjelpen/helse-og-omsorg/omsorgstjenester/omsorgsbolig/omsorgsbolig>

Bergen kommune. (2023b). *Om kunnskapskommunen*. Bergen kommune.  
<https://www.bergen.kommune.no/hvaskjer/tema/kunnskapskommunen/om-kunnskapskommunen>

Christensen, K. & Fluge, S. (2016). Brukermedvirkning i norsk eldreomsorgspolitik - Om utviklingen av retorikken om individuelt ansvar. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(3), 261-277.

Christensen, K. (2018). Myten om eldrebølgen. I K. Christensen & L.J. Syltevik (red.), *Myter om velferd og velferdsstaten* (75-97). Cappelen Damm Akademisk.

Collins, C. S. & Stockton, C. M. (2018). The Central Role of Theory in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 17, 1-10.

Cornwall, A. (2008). Unpacking 'Participation': models, meanings and practices. *Oxford University Press and Community Development Journal*, 43/3, 269-283.

Daatland, S. O. & Otnes, B. (2015). Skandinaviske trender i eldreomsorgen: Institusjon eller omsorgsbolig?. *Samfunnsspeilet*, 3, 15-22.

Freire, P. (1993). *Pedagogy of the oppressed*. Continuum.

Haukelien, H., Møller, G., Vike, H. (2011). *Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren* (TF-rapport nr. 284). Telemarksforskning.

<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2444620>

Helsedirektoratet. (2022). *Brukermedvirkning*. Helsedirektoratet.no.

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

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Omsorg 2020: Regjeringens plan for*

omsorgsfeltet 2015-2020. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/omsorg-2020/id2410608/>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011.) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* m.m. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata.no.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-%20og%20omsorgstjenesteloven>

Helsenorge. (2022). *Brukermedvirkning - din rett og mulighet til å medvirke*. Helsenorge.no.

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

Hutchinson, G. S. (2004). Samfunnsarbeid - undervurdert som arbeidsmåte?. *Nordisk sosialt arbeid*, 3 (24), 223-234.

Hutchinson, G. S. (2022). *Samfunnsarbeid: Mobilisering og deltakelse i sosialfaglig arbeid* (4. utg.). Gyldendal.

Jenhaug, L. M. (2018). Myndighetenes forventning til pårørende som samprodusenter i omsorgstjenester. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21 (1), 39-58.

Marent, B., Forster, R., Nowak, P. (2012). Theorizing participation in health promotion: a literature review. *Social Theory and Health*, 10, 188-207.

O'Reilly, M. & Kiyimba, N. (2015). *Advanced qualitative research: A guide to using theory* (1. utgave). Sage.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter.

(LOV-1999.07.02.63). Lovdata.no. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Pretty, J. (1995) Participatory learning for sustainable agriculture, *World Development*, 23 (8), 1247– 1263.

Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4. utgave). Fagbokforlaget.

Ronnby, A. (2009). Empowering people by community building. I Hutchinson, G. S. (red). *Community work in the nordic countries: New trends* (s. 119 - 147). Universitetsforlaget.

Skjeldal, E. (2021). *Kritiske perspektiver på brukermedvirkning* (1. utg). Universitetsforlaget.

Statistisk sentralbyrå. (2020). *Nasjonale befolkningsfremskrivninger, 2020-2100: Et historisk skifte: Snart flere eldre enn barn og unge*. Statistisk sentralbyrå.

<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/et-historisk-skifte-flere-eldre-enn>

Statistisk sentralbyrå. (2022a). 10211: *Befolkning*. <https://www.ssb.no/statbank/table/10211/>

Statistisk sentralbyrå. (2022b). *Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester*.

<https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester>

Stortingsmelding 15 (2017-2018). *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>

Stortingsmelding 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/?ch=1>

Sørvoll, J. & Gautun, H. (2020). Brukermedvirkning i norsk eldreomsorg - følger kommunene opp statens styringssignaler? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6 (1), 1-16.

Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag* (2. utgave). Fagbokforlaget.

Tjora, A. (2018). *Viten Skapt: kvalitativ analyse og teoriutvikling* (1. utgave). Cappelen Damm Akademisk.

Torring, J., Sørensen, E., Røiseland, A. (2019). Transforming the public sector into an arena for co-creation: Barriers, drivers, benefits, and ways forward. *Administration & Society*, 51 (5), 795-825.

Tritter, J. Q. (2009). Revolution or evolution: the challenges of conceptualizing patient and public involvement in a consumerist world. *Health Expectations*, 12, 275-287.

Vestby, G. M., Brattbakk, I., Norvoll, R. (2017). Lytt til seniorenene! Utprøving av medvirkningsmodell for alders vennlige lokalsamfunn (Samarbeidsrapport NIBR/AFI 2017). NIBR. <https://www.ressursportal.no/lytt-til-seniorenene-samarbeidsrapport-nibrafi-2017>

Verdighetsgarantiforskriften. (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg*. (FOR-2010-11-12-1426). Lovdata.no. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>

Ågotnes, G., Moholt, J. M., Blix, B. H. (2021). From volunteer work to informal care by stealth: a 'new voluntarism' in social democratic health and welfare services for older adults. *Ageing & Society*, 1-17.

Ågotnes, G. & Midtgård, I. H. (2022). The turn towards co-creation within the Norwegian welfare state: community work in new clothing?. *Nordic Social Work Research*, 12 (2), 298-309.

Ågotnes, G., Åkerblom, K. B., Midtgård, I. H., Burkeland-Lie, M., Bruland, T. (2022). Deltakelse og medvirkning i norske offentlige diskurser. Mot et deltakelsestyrrani? I G. Ågotnes & A.K. Larsen (red.), *Kollektiv mobilisering: Samfunnsarbeid i teori og praksis* (1 utg., s. 113 -140). Cappelen Damm Akademisk.

[Meldeskjema](#) / [Eldres medvirkning i egen hverdag - En kvalitativ studie om medvirk...](#) / Vurdering

# Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**

217174

**Vurderingstype**

Standard

**Dato**

05.12.2022

**Prosjekttittel**

Eldres medvirkning i egen hverdag - En kvalitativ studie om medvirkning i omsorgsboliger

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for velferd og deltaking

**Prosjektansvarlig**

Gudmund Ågotnes

**Student**

Anita Støyva Sæternes

**Prosjektperiode**

07.11.2022 - 31.08.2023

**Kategorier personopplysninger**

Alminnelige

Særlige

**Lovlig grunnlag**

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.08.2023.

[Meldeskjema](#) **Kommentar**

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

**VIKTIG INFORMASJON TIL DEG**

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helse frem til 31.08.2023.

**LOVLIG GRUNNLAG**

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

Behandlingen av særlige kategorier av personopplysninger er basert på uttrykkelig samtykke fra den registrerte, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a og art. 9 nr. 2 a.

**PERSONVERNPRINSIPPER**

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

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

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Vi vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos oss: Janniche Linde

Lykke til med prosjektet!

## Vil du delta i et mastergradsprosjekt om medvirkning i omsorgsboliger?

Dette er en invitasjon til deg om å delta i et forskningsprosjekt, hvor formålet er å se nærmere på hvordan eldre som bor i omsorgsboliger opplever å få medvirke i sin egen hverdag. I dette skrivet finner du mer informasjon om prosjektet, og hva det vil innebære for deg å delta.

### **Formål**

Jeg er masterstudent på hvl, og skal bruke innhentet informasjon for å finne svar på studiens problemstilling. Jeg ønsker å gjennomføre individuelle intervju for å hente informasjon om hvilke erfaringer eldre i Bergen kommune har med brukermedvirkning i omsorgsboliger. Jeg vil også analysere Bergen kommunes planer for eldreomsorg, for å få flere perspektiver. Hensikten er å kaste lys over Eldres mulighet for medvirkning, og hvorvidt medvirkningen er tilstede eller tilstrekkelig.

Problemstillingen til masteroppgaven er *Hvordan erfarer eldre i omsorgsboliger medvirkning i egen hverdag?* I prosessen med å finne et svar på denne problemstillingen, stiller jeg tre spørsmål. Føler eldre at deres ønsker og behov blir møtt? På hvilken måte får eldre mulighet til å medvirke i avgjørelser som angår dem selv? Hvordan er medvirkning inkludert i Bergen kommunes planer for eldreomsorg? Medvirkning kan ha flere betydninger, og foregå på mange måter. Jeg er interessert i å finne ut av hva dere legger i begrepet, og hvordan dere opplever og ser for dere at medvirkning kan foregå i praksis.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet.

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

I utvalget av deltakere gjør jeg et strategisk utvalg, som betyr at jeg velger ut steder eller personer som kan gi meg relevant informasjon om temaet som jeg undersøker. I mitt tilfelle oppsøker jeg omsorgsboliger, for å få kontakt med beboere. Grunnen til at jeg ønsker å intervju beboere er at jeg vil utforske hvilke perspektiver eldre har på temaet. Jeg har derfor tatt kontakt med Bergen kommune og bedt dem om å videreformidle min invitasjon til dere. Deretter kan de som ønsker å delta kontakte meg for å avtale intervju. Jeg håper derfor at du



ønsker å delta i denne studien. Til sammen trenger jeg 10 personer som ønsker å delta. Jeg stiller ingen kriterier til alder eller kjønn.

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

Informasjonen som kommer frem under intervjuet vil være datagrunnlaget for masteroppgaven. Dette er en invitasjon til et engangs intervju, og går ut på å svare på en rekke spørsmål knyttet til oppgavens tema. Intervjuet vil være uformelt og følger en mal, men det er også åpent for at du som deltaker skal kunne komme med opplysninger som du synes er relevant. Under intervjuet kommer jeg til å ta lydopptak av intervjuet. Lydopptaket slettes når prosjektet er ferdig.

Varigheten på intervjuet vil avhenge av svarene dine, men jeg forventer at intervjuet ikke tar særlig lenger enn 1 time. Etter avtale vil intervjuene foregå i omsorgsboligen hvor du bor.

### **Det er frivillig å delta**

Det er helt frivillig å delta i dette forskningsprosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke tilbake samtykke uten å oppgi noen grunn. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta, eller om du senere velger å trekke deg. Hvis du i etterkant ønsker å trekke eller endre noen av svarene dine kan du også gjøre det.

### **Ditt personvern**

Vi behandler opplysninger om deg med ditt samtykke. Opplysninger om deg kan kun brukes til formålet i denne oppgaven, og alle opplysninger blir behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Alle personlige opplysninger vil bli gjort anonyme. Ditt navn og dine kontaktopplysninger blir erstattet med en kode som lagres på en egen navneliste, adskilt fra annen data. Du som person vil ikke kunne bli gjenkjent i den publiserte masteroppgaven.

### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes i juni 2023, med mulig forlengelse. Ved prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger slettes, og kun anonymiserte data vil være tilgjengelig. Når masteroppgaven er levert inn vil alle opptak og sensitive opplysninger bli slettet i sin helhet.

### **Dine rettigheter**

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

- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg
- Å få rettet personopplysninger om deg
- Å få slettet personopplysninger om deg
- Å få utlevert en kopi av dine personopplysninger
- Å sende en klage til personvernombudet eller datatilsynet om behandling av dine personopplysninger

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket, referanse nr. 217174.

### **Har du spørsmål?**

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

- Høgskulen på Vestlandet (HVL) ved prosjektansvarlig/veileder Gudmund Ågotnes, førsteamanuensis ved Institutt for velferd og deltaking. e-post: Gudmund.Agotnes@hvl.no, telefon: 55 58 56 22.
- Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved HVL, Trine Anikken Larsen. E-post: personvernombod@hvl.no, telefon: 55 58 76 82 eller 458 33 497.

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med Personverntjenester på e-post: personverntjenester@sikt.no eller på telefon: 53 21 15 00.

### **Ønsker du å delta i dette forskningsprosjektet?**

Kontakt Anita Støyva Sæternes for å avtale intervju.

Telefon: 47298914

E-post: 598160@stud.hvl.no

Med vennlig hilsen

Anita Støyva Sæternes  
*Masterstudent*

Gudmund Ågotnes  
*Veileder og faglig ansvarlig for prosjektet*

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Eldres medvirkning i egen hverdag - En kvalitativ studie om medvirkning i omsorgsboliger*, og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å delta i intervju med lydopptak.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, når masteroppgaven leveres i løpet av 2023.

-----  
*Signert av intervjudeltaker*

-----  
*Dato*

## Intervjuguide til masterprosjekt

### **Informasjon**

Takk for at du tar deg tid til å delta på dette intervjuet. Jeg setter stor pris på at jeg får bruke av tiden din til å få innsikt i temaet mitt. Jeg er student ved Høgskulen på Vestlandet, og dette intervjuet vil være en del av datagrunnlaget til min masteroppgave i Samfunnsarbeid. Temaet for oppgaven er medvirkning i omsorgsboliger.

Som nevnt i informasjonsskrivet kommer jeg til å ta lydopptak av intervjuet. Lydopptaket slettes når prosjektet er ferdig. Du kan når som helst trekke samtykket ditt uten å oppgi noen grunn. Dette har ingen negative konsekvenser for deg. Hvis du i etterkant ønsker å trekke eller endre noen av svarene dine kan du også gjøre det.

Varigheten på intervjuet vil avhenge av svarene dine, men jeg forventer at intervjuet ikke varer særlig lenger enn 1 time.

Har du noen spørsmål før vi starter?

### **Spørsmål**

Introduksjonsspørsmål:

- Kan du fortelle litt om deg selv?
- Hvor lenge har du bodd i omsorgsbolig?
- Har du bodd i andre omsorgsboliger enn denne?

Spørsmål rundt egne erfaringer:

- Hvordan ser en vanlig dag ut for deg?
- Opplever du at det er sosialt her?
- Bli det organisert mye felles aktiviteter her?
- Er det noe du skulle ønske det var mer av her?
- Hva tenker du om at pleierne som kommer her er ulike hver gang?
- Hvilke erfaringer har du med medvirkning i egen hverdag?
- Opplever du å bli inkludert i avgjørelser som angår deg selv?
- På hvilken måte har du fått mulighet til å medvirke?

- Har du mulighet til å stille spørsmål ved avgjørelser som tas uten din medvirkning?
- Får du tilstrekkelig med informasjon som er forståelig?
- Opplever du å ha innflytelse?
- Er det noen måter du skulle ønsket å få medvirke, som du ikke har fått?

Refleksjonsspørsmål:

- Hva legger du i begrepet medvirkning?
- Hva betyr det for deg å få muligheten til å medvirke?
- Når mener du det er viktig at du får medvirke?
- Hva tenker du at du kan medvirke i? Eller ikke medvirke i?
- Hva mener du hemmer og/eller fremmer dine muligheter for å medvirke?

### **Avslutning**

Da har jeg fått svar på det jeg ønsket å spør deg om. Er det noe mer du ønsker å si, eller noe du vil spør om før vi avslutter?



[Meldeskjema](#) / [Eldres medvirkning i egen hverdag - En kvalitativ studie om medvirk...](#) / Vurdering

# Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**

217174

**Vurderingstype**

Standard

**Dato**

10.08.2023

**Tittel**

Eldres medvirkning i egen hverdag - En kvalitativ studie om medvirkning i omsorgsboliger

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for velferd og deltaking

**Prosjektansvarlig**

Gudmund Ågotnes

**Student**

Anita Støyva Sæternes

**Prosjektperiode**

07.11.2022 - 01.12.2023

**Kategorier personopplysninger**

Alminnelige

Særlige

**Lovlig grunnlag**

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.12.2023.

[Meldeskjema](#) 

**Kommentar**

Personverntjenester har vurdert endringen i prosjektsluttdato.

Vi har nå registrert 01.12.2023 som ny sluttdato for behandling av personopplysninger.

(VED SAMTYKKE)

Hvis det blir nødvendig å behandle personopplysninger enda lengre, så kan det være nødvendig å informere prosjektdeltakerne.

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

Lykke til videre med prosjektet!