

MASTEROPPGAVE

Empowerment og helsefremmende arbeid

Mai 2019

Rekruttering til helsepedagogiske tiltak

Kristine Svegården



OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for helsevitenskap

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Sammendrag - forskningartikkel og refleksjonsoppgave

Hjerte - og karsykdommer (HKS) er en av sykdomsgruppene som fører til flest dødsfall i Norge. Ifølge Stortingsmelding 19 skal Norge redusere tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer som HKS med 30 % innen 2030. Økt deltakelse på lærings - og mestringstilbud, Hjerteskolene, kan bidra til å imøtekomme dette målet. Hensikten med masterstudien var å utvikle kunnskap om helsepersonells rasjonale knyttet til rekruttering til Hjerteskolene, samt undersøke hvordan rekrutteringen foregår. Refleksjonsoppgavens hensikt var å drøfte styrker og svakheter ved datainnsamlingsmetoden i egen masterstudie, ved å belyse hvordan individuelle intervjuer kan styrke eller svekke studiens troverdighet.

Masterstudien er sett i lys av empowerment og helsefremmede teori. Teori om helsepedagogikk er brukt som teoretisk grunnlag i studien. I refleksjonsoppgaven benyttes teori om troverdighet, kvalitativt individuelt intervju og forskningsetikk. I studien ble det benyttet kvalitativ metode. I analysen ble det gjennomført systematisk tekstkondensering. Litteraturstudie var metodisk tilnærming i refleksjonsoppgaven.

Analysen resulterte i hovedkategoriene «Tilfeldighetene råder» og «Det gjelder å få dem på lista». Refleksjonsoppgaven belyser at struktur i gjennomføringen, forskers ferdigheter og etikk kan være viktig å ta hensyn til og være bevisst i individuelle intervjuer fordi det kan påvirke dybden og bredden i datamaterialet og dermed troverdigheten.

Selve studien bidro til å belyse hva som kan bidra til å videreutvikle tilbudet om deltakelse på Hjerteskolene. Utvikling av retningslinjer, kommunikasjon om hvordan rekrutteringen foregår og kompetanseutvikling kan være hensiktsmessig. I tillegg kan det være nyttig at rekrutterende personal tilegner seg helsepedagogisk kompetanse og at tolketilbudet styrkes.

Nøkkelord: Hjerteskolene, kvalitativt, rekruttering, Empowerment.

Summary – research paper and reflection paper

Cardiovascular disease (CVD) is the leading cause of death from disease in Norway.

According to the Norwegian Parliament white paper number 19 (2018–2019), Norway has joined the WHO goal of reducing early death from non-communicable diseases (NCD) like CVD by 30 % within the year 2030 *Hjerteskolen* (the heart school) which offers rehabilitation services to cardiac patients helps achieving this goal. The purpose of the master thesis was to develop an understanding of the rationale for health personnel related to recruiting for *Hjerteskolen*, and survey how this recruiting is done. The purpose of the reflection paper was to discuss strengths and weaknesses of the data gathering method of the master thesis by looking at how individual interviews can strengthen or weaken the credibility of the study. The master thesis is seen in the light of empowerment and health-promoting theory. Theory of health education is used as a theoretical basis in the study. The reflection paper bases its findings on theory of credibility, qualitative individual interviews and research ethics. The study was conducted using qualitative research. As part of the analysis a systematic text condensation was carried out. A literature study was used as the methodical approach for the reflection paper.

The analysis resulted in two main categories: “coincidences prevail” and “we just focus on getting them to sign up”. The reflection paper shows that the researcher’s skills and ethics, as well as the structure of the implementation is an important factor that needs to be taken into account when doing individual interviews. This is because it can affect the quality of the collected data and thus the credibility of the findings.

The study shows what can be done to further improve and develop the services rendered by *Hjerteskolen*. Development of guidelines, improved documentation on how recruitment is done, and competence development might be appropriate. Moreover, it might be useful for recruiting staff to acquire better health education competence and in addition to this the interpreter service should be strengthened.

Keywords: *Hjerteskolen*, qualitative, recruiting, Empowerment.

INNHOLDSLISTE

I. Forskningartikkel

Vedlegg 1) Tabell 1

II. Refleksjonsoppgave

Vedlegg 1) Søkehistorikk

Vedlegg 2) Artikkelloversikt

Vedlegg 3) Intervjuguide

III. Felles vedlegg

Vedlegg 1) Risiko – og sårbarhetsanalyse (ROS-skjema)

Vedlegg 2) Forfatterveiledning

Vedlegg 3) Godkjenning fra Norsk Senter for Dataforskning (NSD)

Vedlegg 4) Godkjenning fra personvernombudet sykehuset

Vedlegg 5) Informasjon og forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Vedlegg 6) Godkjenning av sammendrag

Vedlegg 7) Deltakelse på masterseminar

Rekruttering til Hjerteskolene - tilfeldig eller velbegrunnet helsepedagogisk tiltak?

«Å få dem på lista»

Sykepleien forskning

Mai 2019

Kristine Svegården

Masterstudent

Institutt for sykepleie og

helsefremmende arbeid

Oslo Metropolitan University

S318385@oslomet.no

Sidsel Tveiten

Professor

Institutt for sykepleie og

helsefremmende arbeid

Oslo Metropolitan University

stveiten@oslomet.no

Sammendrag

Bakgrunn: Hjerte - og karsykdommer (HKS) er en av sykdomsgruppene som fører til flest dødsfall i Norge. På bakgrunn av en økende andel eldre i befolkningen og bedre overlevelse kan vi forvente økt prevalens. Ifølge Stortingsmelding 19, Folkehelsemeldinga, har Norge sluttet seg til verdens helseorganisasjon sitt mål om å redusere tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer som HKS med 30 % innen 2030. For å imøtekomme dette målet kan helsepedagogiske tiltak være avgjørende. Hjerteskolene er et lærings - og mestringstilbud til pasienter som har gjennomgått HKS. Målet til Hjerteskolene er å bidra til at pasienter kan ivareta egen helse. Deltakelse kan føre til at pasienter opplever makt i eget liv, og økt livskvalitet. Studier har vist at deltakelse reduserer morbiditet, øker livskvalitet og er sosioøkonomisk lønnsomt. Tross studienes konklusjoner, mangler det likevel nasjonale retningslinjer som krever at norske sykehus skal tilby Hjerteskolene. Dette medfører varierende tilbud, hvilket kan påvirke deltakelse og dermed pasientenes mulighet til å ivareta egen helse.

Hensikt: Hensikten med denne studien er å utvikle kunnskap om helsepersonells rasjonale knyttet til rekruttering til Hjerteskolene, samt undersøke hvordan rekrutteringen foregår.

Metode: Designet er deskriptivt og eksplorativt. Kvalitativ metode, semistrukturert intervju, ble brukt i datainnsamlingen. I analysen ble det gjennomført systematisk tekstkondensering.

Resultat: Analysen resulterte i to hovedkategorier.

- Tilfeldighetene råder
- Det gjelder å få dem på lista

Konklusjon: Studien identifiserte utfordringer knyttet til rekruttering til Hjerteskolene. Resultatene fra studien tyder på at «tilfeldighetene råder» og at «det gjelder å få dem på lista». Det kan derfor være behov for å utvikle retningslinjer for rekrutteringen. Kommunikasjon om hvordan rekrutteringen foregår og diskusjon om kompetanseutvikling i fagmiljøet kan være hensiktsmessig. For å videreutvikle tilbudet kan det være nyttig at rekrutterende helsepersonell tilegner seg helsepedagogisk kompetanse og at tolketilbudet styrkes.

Nøkkelord: Hjerteskolene, kvalitativt, rekruttering, Empowerment.

Introduksjon

Hjerte- og karsykdommer (HKS) er et samlebegrep som omfatter sykdommer i hjerte og blodårer (1). I 2016 ble litt under 40 000 pasienter innlagt på sykehus eller mottok poliklinisk behandling på grunn av HKS. I dag lever en femtedel av nordmenn med HKS, eller har høy risiko for å utvikle sykdommen. Om lag 1,1 million nordmenn bruker legemidler for å forebygge eller behandle HKS. På bakgrunn av økende antall eldre i befolkningen og bedre overlevelse kan vi forvente økt prevalens (2). Ifølge Stortingsmelding 19, Folkehelsemeldinga, har Norge sluttet seg til verdens helseorganisasjon sitt mål om å redusere tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer som HKS med 30 % innen 2030 (3).

Hjerteskolen er et lærings - og mestringstilbud til pasienter med HKS (4). Målet til lærings - og mestringstilbud er at alle skal ha likeverdig tilgang til tilbudet uavhengig av kjønn, bosted og etnisitet (5). Hjerteskolens mål er å bidra til at pasientene kan ivareta egen helse og oppleve en trygg hverdag (4). Ifølge pasient - og brukerrettighetsloven (6) har pasienter rett på nødvendig informasjon for å kunne ivareta egen helsetilstand. Informasjonen skal tilpasses pasientens individuelle forutsetninger (6). Helsepedagogikk handler om å legge til rette for læring og mestring gjennom samhandling, slik at pasienter kan ta grep om egne helseutfordringer (7). Helsepedagogisk kompetanse kan være avgjørende for å oppfylle målet til Hjerteskolen og imøtekommet kravet i Folkehelsemeldinga (3). Hjerteskolen kan bidra til å oppfylle kravet om pasientopplæring i spesialisthelsetjenesten (8). Pasientopplæringen kan forstås i lys av en empowermenttenkning som innebærer maktfordeling, fra fagfolk til pasient, medvirkning og synet på pasient som ekspert på eget liv (9). Dette innebærer at pasienter er deltakere, ikke mottakere (7). Deltakelse på Hjerteskolen kan bidra til at pasienter opplever makt i eget liv, som igjen kan føre til økt livskvalitet (10). Pasientopplæring kan være avgjørende for at pasientene skal kunne være delaktige i avgjørelser som gjelder eget liv og helse, som er en forutsetning for empowerment (7).

Hjerterehabilitering defineres som «summen av aktiviteter og intervensjoner som er nødvendig for å sikre fysiske, mentale, og sosiale forhold slik at pasienter med kronisk eller post-akutt hjertesykdom kan komme tilbake til tidligere plass i samfunnet og leve et aktivt liv» (11). Studier har vist at deltakelse på Hjerteskolen reduserer morbiditet, øker livskvalitet og er sosioøkonomisk lønnsomt, da flere returnerer til arbeidslivet (10;12-16). Til tross for studienes konklusjoner, mangler det nasjonale retningslinjer som pålegger norske sykehus å

tilby Hjerteskoole. Dette medfører varierende tilbud, hvilket vil påvirke deltakelse (17). På landsbasis deltar under 30 % på Hjerteskoolen, men deltakelsesandelen varierer innad i landet (18). Årsaken til lav deltakelse er multifaktoriell. Eksempelvis påvirker avstand, etnisitet, sivilstatus, arbeidsforhold, komorbiditet og økonomi deltakelse på Hjerteskoolen (19).

European Society of Cardiology kongressen 2018 oppsummerte at henvisning til Hjerteskoolen er enkelt, samtlige hjertepasienter bør få en tydelig og uforbeholden anbefaling og henvises systematisk (20). Tross anbefalingene om systematiske henvisinger fant Grace, Leung (21) at dette ikke resulterte i høyere deltakelse.

De vanligste årsakene til at pasienter ikke deltar er mangel på henvisning, kunnskap og informasjon om tilbudet. Til tross for at antall henvisninger øker er det fremdeles 19 % som ikke henvises (22). Det er relevant å undersøke årsaken til dette ved å utforske hvordan pasienter rekrutteres og hvordan helsepersonell kan bidra til økt deltakelse (15;19;23).

Hensikt og formål

Hensikten med studien er å utvikle kunnskap om helsepersonells rasjonale knyttet til rekruttering til Hjerteskoolen, samt undersøke hvordan rekrutteringen foregår. Formålet med studien er å skape grunnlag for å videreutvikle tilbudet om deltakelse på Hjerteskoolen.

Forsknings spørsmål

- Hva er fagpersoners rasjonale knyttet til rekruttering til Hjerteskoolen?
- Hvordan rekrutterer fagpersoner til Hjerteskoolen?

Metode

Design

Studiens design er deskriptivt og eksplorativt med kvalitativ metodologi. Tilnærmingen er fenomenologisk-hermeneutisk. Fenomenologiske undersøkelser utforsker hvordan verden, slik den er, oppleves av mennesker (24). En fenomenologisk tilnærming ble valgt for å beskrive fagpersoners rasjonale knyttet til rekruttering, samt hvordan dette foregår så nøyaktig som mulig. Hermeneutikk vektlegger at mennesker er fortolkende vesener som forstår ut ifra

sammenhenger (25). Derfor ble en hermeneutisk tilnærming valgt i analysen og teksttolkningen.

Ved prosjektstart ble det oppnevnt en referansegruppe bestående av to professorer og en førsteamanuensis fra Oslo Metropolitan University, to sykepleiere og en fysioterapeut fra forskningsarenaen, et sykehus på Østlandet, og en brukerrepresentant for Landsforeningen for hjerte - og lungesyke. Referansegruppen har i løpet av prosessen kommet med tilbakemeldinger på arbeidet.

Datainnsamling

Kvalitativ metode, semistrukturert intervju, ble brukt i datainnsamlingen. Metodevalget begrunnes i studiens hensikt, som er å fremskaffe fylldige og detaljerte beskrivelser av fagpersoners erfaringer, meninger og refleksjoner om Hjerteskolene (26). Forskningsarenaen var to hjertesengeposter på et sykehus på Østlandet.

Deltakerne i studien ble strategisk utvalgt på bakgrunn av at de var rekrutterende helpersonell (27). Det ble oppnevnt en nøkkelperson på sykehuset som hjalp forfatteren å komme i kontakt med deltakerne. Inklusjonskriteriene var fullført helsefaglig bachelor og minimum ett års arbeidserfaring fra hjertesengepost på sykehuset. I kvalitative utvalg vektlegges felles erfaringer fremfor størrelse på utvalg, derfor besto utvalget av rekrutterende helsepersonell fra to hjertesengeposter på sykehuset (28).

Forfatteren gjennomførte åtte semistrukturerte intervjuer. Temaene i intervjuguiden var knyttet til rekruttering til Hjerteskolene. Intervjuene startet med informasjon om studien. Eventuelle spørsmål ble oppklart før lydopptakeren ble startet. Intervjuene hadde en varighet på omtrent 75 minutter og fant sted på et egnet rom på sykehuset. Intervjuene ble transkribert fortløpende.

Analyse

I samarbeid med veileder ble det gjennomført systematisk tekstkondensering basert på Malterud (29). Analysen startet med gjentatte lesninger av hele det transkriberte materialet for å danne et helhetsinntrykk. Det overordnede inntrykket ble diskutert og meningsbærende enheter i teksten ble identifisert. Ord, setninger eller avsnitt ble knyttet til

forskningsspørsmålene. De meningsfulle enhetene ble kondensert til fem underkategorier som ble abstrahert i to hovedkategorier. Validering av funnene ble gjort ved å rekontekstualisere resultatene opp mot det opprinnelige materialet, samarbeide med veileder og presentere funnene for referansegruppa for innspill.

Etiske aspekter

Prosjektet, prosjektnummer 61140, ble godkjent av personvernombudet for forskning, og personvernombudet ved sykehuset. Det krevdes ikke godkjenning fra Regional etisk komité. Deltakerne fikk muntlig informasjon om studien ved å delta på et informasjonsmøte og skriftlig informasjon tilsendt før intervju. De ble garantert anonymitet ved publisering og lovet at enkeltutsagn ikke ble knyttet til faglig bakgrunn. Dette fordi utvalget var lite og besto av ulike faggrupper på et sykehus. De fikk informasjon om at deltakelse var frivillig og at de til enhver tid kunne trekke seg uten negative konsekvenser.

Resultater

Analysen resulterte i to hovedkategorier med fem underkategorier. Dette er fremstilt i tabell 1.

Tabell 1 her.

Tilfeldighetene råder

Et viktig tilbud, men ikke nok tid til rekruttering

Deltakerne uttrykte at tilbudet var betydningsfullt fordi deltakelse på Hjerteskolene kunne bidra til livsstilsendring og forebygge nye hendelser. En sa: «Jeg mener at alle pasienter har godt av å gå og få den informasjonen fordi det mest sannsynlig øker deres livskvalitet etter en hjertehendelse.» Deltakerne uttrykte at tilbudet var viktig, men at det var lite tid til rekruttering. En sa: «Vi har nok oppgaver å gjøre, så skal vi gjøre det også. Det er sikkert derfor folk bare henviser og ikke gidder å engasjere seg.» Flere uttrykte at det var utfordrende å prioritere rekruttering når arbeidsoppgavene var mange. En sa: «Det er jeg usikker på, alle får jo informasjon, men i de hektiske periodene får de nok dårligere informasjon.»

Rammer og begrensninger

Rammene som begrenset rekrutteringen var blant annet mangel på tolk og relevant informasjonsmateriale. Deltakerne uttrykte at tolkemangel var en utfordring. En sa: «Jeg må tilstå at det er helt unntaksvis at jeg har gitt informasjon til pasienter med tolk.» Som en løsning på tolkemangelen fortalte deltakerne at en ansatt snakket urdu. En sa: «vi fanger jo de fra Pakistan takket være at vi har en kollega, men det forutsetter at han er på jobb.» Flere uttrykte at det kun eksisterte informasjonsmateriale på norsk. En sa: «Den er kun på norsk, det er jo definitivt en ulempe.»

Mangel på system

Mangel på system handlet om mangel på retningslinjer. Det manglet retningslinjer for hvordan rekrutteringen skulle utføres og utførelsen ble derfor tilfeldig. Det var ingen tydelig ansvarsfordeling med tanke på hvilken faggruppe som var ansvarlig for rekrutteringen. På spørsmål om hvem som var ansvarlig for rekrutteringen manglet det konsensus. En sa: «Jeg vet ikke om det blir en sykepleieroppgave eller legeoppgave.» Deltakerne uttrykte at kommunikasjon om hvordan de rekrutterte var fraværende. En svarte følgende på hvordan personalet kommuniserte seg imellom om Hjerteskolens: «Det gjør vi ikke.»

Det gjelder å få dem på lista

Strategi

Deltakerne uttrykte at de benyttet ulike strategier i forbindelse med rekrutteringen. Strategier som ble benyttet var tilpasset kommunikasjon, positiv omtale av tilbudet eller å få legen til å snakke med pasientene om tilbudet. En sa: «Jeg prøver å selge det så godt som jeg klarer og får de til å takke *ja*. Jeg prøver å overbevise de rett og slett.» Deltakerne uttrykte varierende resultat i forbindelse med strategibruk. En deltaker uttrykte at avdelingen hadde hatt økt fokus på betydningen av å sette seg ned med pasientene: «Man blir mer bevisst på å sette seg ned og flinkere til å bruke visitt-stolene vi har fått.»

Vurderinger

Deltakerne gjorde ulike vurderinger i forbindelse med rekrutteringen, men en felles vurdering var at samtlige pasienter skulle settes på lista. Deltakerne vurderte hvilket tidspunkt det var hensiktsmessig å rekruttere på, og pasientenes mottakelighet. En sa «Jeg ser an situasjonen og

hvordan pasienten reagerer. Hvis han ikke er veldig interessert tar vi bare hjerteinformasjon, ikke Hjerteskolene.» En annen uttrykte: «Det er noen som informerer rett før de skal til angiografi og da er jo mange pasienter nervøse, så klart.»

Diskusjon

Gjennom analysen av de semistrukturerte intervjuene fremkom to hovedtemaer:

«Tilfeldighetene råder» og «det gjelder å få dem på lista». I det følgende diskuteres funn og fortolkninger opp mot relevant forskning.

Tilfeldighetene råder

Egne resultater tyder på at tilbudet om Hjerteskolene er viktig, men at utfordringer knyttet til tid, informasjonsmateriale og mangel på tolk påvirker rekrutteringen. Systematiske henvisninger kan muligens bidra til å imøtekomme disse utfordringene. Ifølge Beatty, Li (22) er Hjerteskolene et uutnyttet tilbud fordi få pasienter rekrutteres. Rekruttering forstås som en samtale mellom helsepersonell og pasient, hvor målet er å oppmuntre pasienten til deltakelse. Lave deltakertall kan tyde på at samtale ikke er tilstrekkelig (22). Systematiske henvisninger kan bidra til økt deltakelse og gjøre rekrutteringen gjennomførbar i en travel arbeidshverdag (22). Systematiske henvisninger kan også bidra til å oppfylle målet til lærings- og mestringstilbud om likeverdig tilgang til tilbudet (5). Grace, Leung (21) fant derimot at systematiske henvisninger ikke medførte høyere deltakelse, men at strategien fremmet rettferdig tilgang. Dermed er det rimelig å anta at systematiske henvisninger alene ikke er tilstrekkelig for en mer hensiktsmessig utnyttelse av tilbudet. Det kan derfor være nødvendig å oversette informasjonsmaterialet til flere språk, og øke tolketilgangen for å legge til rette for likeverdig tilgang. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (6) har pasienten rett på nødvendig informasjon for å kunne ivareta egen helsetilstand og rettigheter. Informasjonen skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger (6). Bruk av systematiske henvisninger kan føre til at samtlige pasienter blir henvist, men samtidig vil ikke dette nødvendigvis sikre at kravet om individuelle tilpasninger blir nådd. Systematiske henvisninger kan frarøve pasienten muligheten til å medvirke og kan dermed bli en mottaker, ikke deltaker. Dette er ikke i tråd med empowermenttenkningen (7). Gravelly-Witte, W. Leung (30) fant at det høyeste nivået av deltakelse ble oppnådd når det ble benyttet en kombinasjon av systematiske henvisninger og samtale med pasientene. Dette kan bidra til mer hensiktsmessig utnyttelse av tilbudet og fremme rettferdig tilgang. Kombinasjonen av systematiske

henvisinger, og informasjon tilpasset pasientens individuelle forutsetninger, kan legge til rette for at pasientene kan ta egne beslutninger.

Resultatene mine tyder på at rekrutteringen mangler struktur. Det kan være behov for å utarbeide retningslinjer i forbindelse med rekruttering til Hjerteskolen for å sikre pasientens rettigheter om likeverdige helsetjenester. Retningslinjene kan bidra til økt deltakelse. Ifølge spesialisthelsetjenesteloven (8) har regionale helseforetak ansvar for at hele befolkningen i helseregionen blir tilbudt likeverdig spesialisthelsetjeneste. Likeverdige tjenester handler om at alle skal ha lik tilgang til helse - og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, økonomi, kjønn, etnisitet og livssituasjon. For å oppnå likeverdige tjenester må de regionale helseforetakene organisere tilbudet med utgangspunkt i pasientens forutsetninger og behov (31). Dette arbeidet vil være krevende, men studier har vist at deltakelse på Hjerteskolen reduserer morbiditet, øker livskvalitet og er sosioøkonomisk lønnsomt, da flere returnerer til arbeidslivet (10;12-16).

Egne resultater tyder også på manglende struktur i forbindelse med hvilken faggruppe som er ansvarlig for rekrutteringen. Dette kan føre til ansvarsfraskrivelse, da de ansatte ikke føler eierskap til arbeidsoppgaven. For å legge til rette for at de ansatte skal oppleve eierskap, som kan påvirke de ansattes tenkning, praksis og handlinger, kan det være viktig å involvere de i prosessen med utarbeiding av retningslinjer (32).

Det gjelder å få dem på lista

Egne resultater kan tyde på at strategiene deltakerne benyttet muligens ikke var i tråd med en empowermenttenkning, men i større grad var preget av et paternalistisk syn. Det tyder på at deltakerne ikke fokuserer på pasientens anliggende, men egen forståelse av hva som er det beste for pasienten. Deltakerne benyttet strategier som handlet om å bruke strengere stemme, overbevise pasientene og hente legen. Strategiene kan ha påvirket rekrutteringen negativt ved at deltakerne ikke fokuserte på pasientens behov. Innen helsesektoren har det vært et paradigmeskifte. Fokuset har endret seg fra et paternalistisk syn, hvor fagpersonen vet hva som er best for pasienten og handler etter egen forståelse, til et fokus som er mer i tråd med empowermenttenkningen, hvor pasienten er ekspert på seg selv og har innflytelse på egen behandling (7). Endring av fokus fra egen forståelse til pasientens anliggende kan muligens være en mer hensiktsmessig rekrutteringsstrategi for å øke deltakelsen. Det er forståelig at

deltakerne i en travel hverdag benytter strategier for å få pasientene på lista fordi de anser tilbudet som viktig. På en annen side kan strategiene som benyttes for å få dem på lista påvirke rekrutteringen negativt, fordi de ikke fokuserer på pasientens anliggende. Rouleau, King-Shier (19) fant at grunnene til at pasientene ikke deltok på Hjerteskolen var fordi de var bekymret for egne evner til å engasjere seg og reisevei. Ifølge Rouleau, King-Shier (33) kan en kort samarbeidssamtale med pasienten om barrierer øke intensjonene om å delta, og faktisk deltakelse. For en mer hensiktsmessig rekruttering kan kompetanse være viktig.

Helsepedagogikk handler om å gjøre hensiktsmessige vurderinger og valg for å legge til rette for læring og mestring av helseutfordringer (7). Dette kan være en viktig kompetanse i forbindelse med rekruttering. Hjerteskolen er et lærings - og mestringstilbud som har som mål å bidra til at pasientene kan ivareta egen helse, og oppleve en trygg hverdag (4). Kompetanse kan forstås som kunnskap, ferdigheter og holdninger. Kunnskap er den ekspertisen som bidrar til mestring av situasjoner. Det kan dreie seg om kunnskap om læring, motivering, kommunikasjon og helsefremming. Ferdigheter handler om hensiktsmessig anvendelse av kunnskap. Holdninger kan forstås som motivasjon eller innstilling, dette kan påvirke synet på pasientene (7). Man kan undre seg over om dette pasientsynet påvirker i hvilken grad rekruttering blir vektlagt, og om det helsepedagogiske innholdet i helsefaglige utdanninger er i tråd med kravene som stilles til rekruttering.

Resultatene mine kan tyde på at deltakerne ser seg selv som eksperter, og at denne holdningen påvirker rekrutteringen. Holdningen kan muligens også påvirke de vurderingene som blir gjort. Det kan tyde på at deltakerne tok avgjørelser på pasientenes vegne. Vurderingene kan ha blitt gjort mer eller mindre ubevisst, men det er nødvendig å bli bevisst hva som gjøres, og hvorfor det gjøres ved å reflektere over egen praksis (7). Bevisste vurderinger kan bidra til en mer hensiktsmessig rekruttering. Kunnskapsbasert praksis er et mål innen helsetjenesten. Kunnskapsbasert praksis handler om at faglige avgjørelser skal baseres på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap og brukerkunnskap (34). Tilegnelse av kompetanse i forbindelse med rekruttering vil muliggjøre en kunnskapsbasert praksis forankret i forskningsbasert kunnskap og brukerkunnskap. Dette vil muligens bidra til hensiktsmessig strategibruk og bevisste vurderinger i forbindelse med rekruttering. En kunnskapsbasert praksis kan bli oppnådd ved at pasienter deltar i beslutningsprosesser som gjelder egen helse (35).

Studiens styrker og begrensninger

For å besvare forskningsspørsmålene var det nødvendig å intervjuere rekrutterende helsepersonell på sykehuset (36). Lojalitet til egen arbeidsplass kan ha ført til at deltakerne uttrykte seg positivt og i mindre grad vektla negative erfaringer. Observasjon, i tillegg til intervju, kunne muligens gitt mer dekkende resultater.

I forbindelse med rekrutteringen av deltakere ble det inngått et samarbeid med en nøkkelperson på sykehuset. Dette var nødvendig for å rekruttere deltakere, men det kan ha påvirket hvem som ble rekruttert. Deltakerne var velformulerte og det kan tenkes at det var grunnen til at de ble valgt. Datamaterialet er derfor ikke nødvendigvis representativt for alle som rekrutterer til Hjerteskolene.

Studiens troverdighet styrkes av at både veileder og forfatter gjennomførte analyser av datamaterialet, men troverdigheten kunne vært styrket ytterligere dersom deltakerne hadde validert undersøkelsesresultatene. For å oppnå pålitelighet har forfatteren forsøkt å være transparent i redegjørelsen av forskningsprosessen. Det kan være utfordrende å overføre resultatene ut over den lokale konteksten på grunn av manglende nasjonale retningslinjer for Hjerteskolene, men det vil være rimelig å anta at resultatene vil være aktuelle for andre sykehus som tilbyr Hjerteskolene (29).

I utgangspunktet hadde forfatteren lite kjennskap til temaet, men gjennom møter med referansegruppen fikk forfatteren et inntrykk av det var utfordringer knyttet til rekruttering. Dette kan ha påvirket forfatterens forforståelse og gitt et større fokus på det som ikke fungerer, sammenliknet med det velfungerende i analysen. Med tanke på studiens formål, å skape grunnlag for å videreutvikle tilbudet, kan dette fokuset likevel ha vært hensiktsmessig.

Konklusjon

Studien identifiserte utfordringer knyttet til rekruttering til Hjerteskolene. Resultatene fra studien tyder på at «tilfeldighetene råder» og at «det gjelder å få dem på lista». Det kan derfor være behov for å utvikle retningslinjer for rekrutteringen. Kommunikasjon om hvordan rekrutteringen foregår og diskusjon om kompetanseutvikling i fagmiljøet kan trolig være hensiktsmessig. For å videreutvikle tilbudet kan det være nyttig at rekrutterende personal tilegner seg helsepedagogisk kompetanse, i tillegg bør tolketilbudet styrkes.

Referanser

1. Arnesen H. Hjerte - og karsykdommer: Store norske leksikon [oppdatert 25.02.16; lest 08.10]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/hjerte- og karsykdommer>
2. Folkehelseinstituttet. Hjerte - og karsykdommer i Norge[oppdatert 09.08.2018; lest]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/hjerte--og-karsykdommer-i-norge---f/#dagens-situasjon-for-hjerte-og-karsykdommer-i-norge>
3. Meld. St. 19. (2018-2019). Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn.Oslo: Helse - og omsorgsdepartementet [lest]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb84158f2e62a77d/nn-no/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf>
4. Vestre Viken. Hjerterehabilitering, Ringerike sykehus[oppdatert 16.01.2018; lest 19.12]. Tilgjengelig fra: <https://vestreviken.no/behandlinger/hjerterehabilitering-ringerike-sykehus>
5. Bratli S. Lærings - og mestringsstilbud Oslo[lest]. Tilgjengelig fra: <https://mestring.no/wp-content/uploads/2013/03/generell-brosjyre-141216-web.pdf>
6. Lov 2 juli 1999 nr.63 om pasient - og brukerrettigheter. (pasient- og brukerrettighetsloven).[lest 23.04]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
7. Tveiten S. Helsepedagogikk: pasient- og pårørendeopplæring. Bergen: Fagbokforlaget; 2016.
8. Lov 2 juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven).[lest 24.03.]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
9. Catford J. Ottawa 1986 : Back to the future. Health Promotion International 2011 desember;26(S2):163-7.
10. Peersen K, Munkhaugen J, Gullestad L, Liodden T, Moum T, Dammen T, et al. The role of cardiac rehabilitation in secondary prevention after coronary events. European Journal of Preventive Cardiology 2017 september;24(13):1360-8.
11. WHO. Rehabilitation after cardiovascular diseases, with special emphasis on developing countries. Report of a WHO Expert Committee. Geneva: 1993. World Health Organization technical report series. 0512-3054. 831. Tilgjengelig fra: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38455/WHO_TRS_831.pdf?sequence=1&isAllowed=y

12. van Engen-Verheul M, de Vries H, Kemps H, Kraaijenhagen R, Keizer Nd, Peek N. Cardiac rehabilitation uptake and its determinants in the Netherlands. *European Journal of Preventive Cardiology* 2013 april;20(2):349-56.
13. Ruano-Ravina A, Pena-Gil C, Abu-Assi E, Raposeiras S, van 't Hof A, Meindersma E, et al. Participation and adherence to cardiac rehabilitation programs. A systematic review. *International Journal of Cardiology* 2016 november;223:436-43.
14. Astley MC, Neubeck NL, Gallagher AR, Berry AN, Du AH, Hill AM, et al. Cardiac Rehabilitation: Unraveling the Complexity of Referral and Current Models of Delivery. *The Journal of Cardiovascular Nursing* 2017 mai-juni;32(3):236-43.
15. Munkhaugen J, Sverre E, Peersen K, Egge Ø, Gjertsen Eikeseth C, Gjertsen E, et al. Patient characteristics and risk factors of participants and non-participants in the NOR-COR study. *Scandinavian cardiovascular journal : SCJ* 2016 november;50(5-6):317.
16. Lawler PR, Filion KB, Eisenberg MJ. Efficacy of exercise-based cardiac rehabilitation post-myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American Heart Journal* 2011 oktober;162(4):571-84.
17. Martinsen V, Hektoen LM, Koren ER, Schei AH, Grewal SK, Solbakken E, et al. Gjeninnføring av Hjertescole på OUS Ullevål (Prosjektoppgave.). Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet; 2013. Tilgjengelig fra: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/35901/KLoKV08K06.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
18. Olsen SJ, Schirmer H, Bønaa KH, Hanssen TA. Cardiac rehabilitation after percutaneous coronary intervention: Results from a nationwide survey. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2018 mars;17(3):273-9.
19. Rouleau CR, King-Shier KM, Tomfohr-Madsen LM, Aggarwal SG, Arena R, Campbell TS. A qualitative study exploring factors that influence enrollment in outpatient cardiac rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 2018 februar;40(4):469-78.
20. St.Olavs Hospital. Automatisk henvisning får flere på hjerterehab[oppdatert 29.08.2018; lest 29.08]. Tilgjengelig fra: <https://stolav.no/fag-og-forskning/kompetansetjenester-og-sentre/nasjonalt-kompetansetjeneste-trening-som-medisin/hjerteinfarkt-og-angina-pectoris/automatisk-henvisning-far-flere-pa-hjerterehab>

21. Grace SL, Leung YW, Reid R, Wu G, Alter DA. The role of systematic inpatient cardiac rehabilitation referral in increasing equitable access and utilization. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention* 2012 januar-februar;32(1):41-7.
22. Beatty AL, Li S, Thomas L, Amsterdam EA, Alexander KP, Whooley MA. Trends in Referral to Cardiac Rehabilitation After Myocardial Infarction: Data From the National Cardiovascular Data Registry 2007 to 2012. *2014* 63:2582-3.
23. Grace SL, Gravely-Witte S, Bruhal J, Monette G, Suskin N, Higginson L, et al. Contribution of patient and physician factors to cardiac rehabilitation enrollment: a prospective multilevel study. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* 2008 oktober;15(5):548-56.
24. Thomassen M. Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag. Oslo: Gyldendal akademisk; 2006.
25. Ellingsen S, Drageset S. Kvalitativ tilnærming i sykepleieforskning : en introduksjon og oversikt. 2008 3:23-39.
26. Johannessen A, Christoffersen L, Tufte PA. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. 5. utg. Oslo: Abstrakt; 2016.
27. Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A. Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.
28. Lorensen M, Hounsgaard L, Østergaard-Nielsen G. Forskning i klinisk sygepleje : 2 : Metoder og vidensudvikling. København: Akademisk forlag; 2003.
29. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
30. Gravely-Witte S, W. Leung Y, Nariani R, Tamim H, Oh P, Chan. M V, et al. Effects of cardiac rehabilitation referral strategies on referral and enrollment rates. *Nature Reviews Cardiology* 2009 desember;7(2):87.
31. Helse - og omsorgsdepartementet. Likeverdige helse - og omsorgstjenester - god helse for alle [lest]. 1-41]. Tilgjengelig fra:
https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf
32. Jensen BB. Handlekompetance, sundhedsbegreber og sundhedsviden. I: Hounsgaard L, Eriksen J, red. *Læring i sundhedsvæsenet*: Munksgaard; 2000. s. 191-211.
33. Rouleau CR, King-Shier KM, Tomfohr-Madsen LM, Bacon SL, Aggarwal S, Arena R, et al. The evaluation of a brief motivational intervention to promote intention to

- participate in cardiac rehabilitation: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling* 2018 november;101(11):1914-23.
34. Jamtvedt G, Nortvedt MW. Kunnskapsbasert ergoterapi – et bidrag til bedre praksis! *Ergoterapeuten* 2008 (1):10-8.
 35. Austvoll-Dahlgren A, Johansen M. Pasienten som medvirker og kunnskapshåndterer. *Norsk epidemiologi* 2013;23(2):225-30.
 36. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.

Vedlegg 1. Tabell 1

Tabell 1: Hovedkategorier, underkategorier og meningsfulle enheter.

Tilfeldighetene råder			Det gjelder å få de på lista	
Et viktig tilbud, men ikke nok tid til rekruttering	Rammer og begrensninger	Mangel på system	Strategi	Vurderinger
<p>«Kanskje det handler litt om tiden vi har, hvis man bruker mer tid på det, det er jo veldig ofte, la oss si i visse situasjoner hvor det er mye å gjøre, da blir jo det nedprioritert».</p> <p>«Også skriver man «husk Hjertescole» på merknadsfeltet på sengelisten, men så er det ingen som gjør det. Da blir det glemt og forsvinner ut. Det handler litt om det også, at man må ha tid til å sette seg å informere».</p> <p>«Det er ikke mye tid til hver pasient. Fem minutter samlet tenker jeg».</p> <p>«Jeg gjør det fordi jeg har troen på at det er et bra tilbud og fordi jeg har et inntrykk av at det virker veldig bra».</p> <p>«Det er snakk om å endre liv».</p> <p>«Igjen så er det, jeg føler at det kan være med å forebygge at de blir reinnlagt eller i verste fall dør».</p>	<p>«Det er jo fordi vi har mangel på tolk, vi har jo ikke muligheten til å bestille tolk til hver legevisitt».</p> <p>«Fordi det er så mye annet som er livsviktig, for eksempel medisiner, behandlinger og undersøkelser. Det blir prioritert og informasjon blir nedprioritert».</p> <p>«Vi har ikke tolk i vanlig sykepleiersamtale bare, det er når det er legevisitt og da er jo ofte både LIS-lege og overlege med for å få avklart ting, få gjort mest mulig når tolken er tilstede og da er nok ofte ikke Hjerteskolen prioritert inn i samtalen».</p> <p>«Vi har ikke hjertemappen på andre språk».</p>	<p>«Jeg tror vi informerer litt på kryss og tvers».</p> <p>«Jeg tror det holder med fysioterapeuter. Legene og sykepleierne sier at Hjerteskolen finnes, men så kommer fysioterapeuten og forteller om Hjerteskolen».</p> <p>«Vi har ikke noe sånn fast opplæring på hvordan det skal informeres. Vi har jo som sagt det hefte, og det skal alle vite om gjennom opplæringen når de begynner, men vi har ikke noe sånn fast gang i det, altså først dele ut hefte også videre. Vi har bare lagt til oss noen vaner hver enkelt».</p>	<p>«Andre ganger føler jeg at de liksom forstår mer alvoret når jeg endrer toneleie, at jeg er litt strengere».</p> <p>«Ja, jeg ser jo det at når jeg tar meg tid til å sette meg ned så virker det som om de blir interessert. Det blir jo litt annerledes når jeg kommer inn og setter meg ned for å snakke om akkurat det».</p> <p>«Det vi gjør da, det er at, da pleier jeg å hente legen. Det er noen pasienter, det er fortsatt den der vanlige «gammeldagse» metoden at hvis man ikke lytter til sykepleierne, så lytter man kanskje til legen».</p> <p>«Så informerer vi om videre aktiviteter og samtidig Hjerteskolen».</p>	<p>«Hvis de er usikre, så pleier jeg å si at jeg kan melde deg på, for det er ikke noe bindende påmelding, så kan du tenke et par dager på det, så kan du heller si nei når de ringer».</p> <p>«Også bare nevne dette med informasjon, at vi tar det litt etter hvert, sånn at du får kommet deg litt for etter hvert som dagene går så blir de mer mottakelig».</p> <p>«Ellers så har jeg også pleid å melde de på, rett og slett».</p> <p>«Fordi hvis ikke jeg melder på så får de ikke vært med på det, da blir de glemt».</p> <p>«Andre ganger kan jeg ta det i forbifarten, for eksempel når jeg går inn med medisiner eller skal måle blodtrykk, da kan jeg nevne det».</p>

REFLEKSJONSOPPGAVE

**En drøfting av styrker og svakheter ved datainnsamlingsmetoden
i egen masterstudie**

Kristine Svegården

Masterstudent i empowerment og helsefremmende arbeid

Mai 2019

Antall ord: 5315

INNHOLDSLISTE

1.0	INTRODUKSJON	22
1.1	Innledning.....	22
1.2	Bakgrunn.....	23
1.2	Problemstilling.....	23
1.1.2	Presisering.....	23
2.0	TEORIFORANKRING	24
2.1	Troverdighet.....	24
2.1.1	Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet.....	25
2.2	Kvalitativt individuelt intervju.....	26
2.2.1	Semistrukturerte individuelle intervjuer.....	26
2.3	Forskningsetikk.....	27
3.0	METODE	29
3.1	Valg av metode.....	29
3.2	Innsamling av data.....	29
3.3	Inklusjons – og eksklusjonskriterier.....	29
3.4	Metode – og kildekritikk.....	29
4.0	RESULTATER	30
4.1	Struktur i gjennomføringen.....	30
4.2	Forskers ferdigheter.....	31
4.3	Etikk.....	31
5.0	REFLEKSJONER OG DRØFTING	33
5.1	Struktur i gjennomføringen.....	33
5.2	Forskers ferdigheter.....	34
5.3	Etikk.....	36
6.0	KONKLUSJON	39
7.0	REFERANSER	40
8.0	VEDLEGG	42

1.0 INTRODUKSJON

1.1 Innledning

Innen forskning har det, i nyere tid, blitt rettet oppmerksomhet mot verdien av kvalitative forskningsmetoder. Denne tilnærmingen var tidligere mindre anerkjent fordi ikke-numeriske data ble ansett som mindre verdifulle enn kvantitative data (Fitzpatrick & Boulton, 1996, s. 123). Ellefsen (1989, s. 27) er kritisk til å bruke tradisjonelle kvantitative begreper, reliabilitet og validitet, i forbindelse med kvalitetsvurdering av kvalitative studier, på grunn av manglende objektivitet i datamaterialet. Reliabilitet forstås som måleinstrumentets entydighet og troverdighet. Spørsmålet om måleinstrumentet måler det samme gjentatte ganger er ikke relevant innen kvalitativ metode i og med at det i liten, eller ingen grad, benyttes standardiserte måleinstrumenter. Tvert imot er målet innenfor kvalitativ metode å frembringe personers ulike meninger, holdninger og fortolkninger (Ellefsen, 1989, s. 26). Dette gjøres ved at forskeren bruker seg selv som måleinstrument (Malterud, 2017, s. 41). Ifølge Ellefsen (1989, s. 27) handler validitet om at det som måles er det forskeren ønsker å måle. Begrepet er lite aktuelt for kvalitative intervjuer, med mindre bruken utvides til å gjelde dataens gyldighet med tanke på temaer og fenomener som undersøkes (Ellefsen, 1989, s. 27).

Sammen med metodologiske kriterier er det viktig at forskningen er underlagt etiske standarder som fremmer respekt for mennesker og beskytter deres helse og rettigheter. I tillegg skal forskningen gjennomføres i tråd med norske lover og forskrifter (Malterud, 2017, s. 211). Helsinkideklarasjonen sammenfatter etiske prinsipper for medisinsk forskning med mennesker (Helsinkideklarasjonen, 2013). Personopplysningsloven (2018), forskningsetikkloven (2017) og helseforskningsloven (2009) har bestemmelser som skal bidra til ivaretagelse av deltakernes trygghet og sikkerhet (NSD, 2019; REK, 2019). Gjennom arbeidet med masteroppgaven erfarte jeg at det ikke er tilstrekkelig med teoretisk kunnskap om kvalitativ metode, og om lovene og reglene som forskningen er underlagt. Det jeg erfarte som mest utfordrende var usikkerheten knyttet til forskerrollen og hvordan dette påvirket metoden for datainnsamlingen.

1.2 Bakgrunn

Denne oppgaven belyser egne erfaringer med gjennomføringen av individuelle intervjuer i arbeidet med egen masteroppgave. Jeg opplevde og erfarte forskerrollen som utfordrende, og ble i større grad bevisst forskerrollens betydning i forskningsintervjuet. I gjennomføringen av intervjuene til masteroppgaven opplevde jeg det utfordrende å være spørrende og kritisk i intervjusituasjonen. Spesielt opplevde jeg det å stille spontane oppfølgingsspørsmål som utfordrende. For å besvare et av forskningsspørsmålene i masteroppgaven, «Hva er fagpersoners rasjonale knyttet til rekruttering til Hjerteskolene?», var det avgjørende å stille spørsmål som førte til at deltakerne gjorde rede for begrunnelser og refleksjoner. At jeg opplevde det utfordrende å stille spontane oppfølgingsspørsmål, kan ha ført til at datamaterialet fra de første intervjuene manglet dybde og bredde. For å samle et rikest mulig datamateriale var det nødvendig å gjøre endringer, ved å i større grad stille spontane oppfølgingsspørsmål, før jeg gjennomførte de gjenstående intervjuene. Før intervjuene leste jeg litteratur for å være forberedt på forskerrollen. Jeg forsøkte å forberede meg på ulike scenarier som kunne oppstå i intervjusituasjonene, men det var annerledes å oppleve det. Opplevelsene og erfaringene fra intervjuene resulterte i refleksjoner som førte til at jeg gjorde endringer underveis i datainnsamlingsperioden for å få et rikest mulig datamateriale.

1.2 Problemstilling

Gjennom arbeidet med masteroppgaven ble jeg interessert i hvordan individuelle intervjuer som datainnsamlingsmetode kan påvirke innholdet i datamaterialet. På bakgrunn av dette vil jeg belyse hvordan individuelle intervjuer som datainnsamlingsmetode kan styrke eller svekke studiens troverdighet og drøfte det opp mot egne erfaringer.

Oppgavens tema er styrker og svakheter ved bruk av individuelle intervjuer. Egne erfaringer fra arbeidet med masteroppgaven vil knyttes til temaet og drøftes. Temaet drøftes gjennom følgende problemstilling: «En drøfting av styrker og svakheter ved datainnsamlingsmetoden i egen masterstudie».

1.1.2 Presisering

Individuelle intervjuer i denne oppgaven er semistrukturerte individuelle intervjuer. Semistrukturerte intervjuer har en overordnet intervjuguide, men rekkefølgen på spørsmålene kan variere (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2016, s. 148).

2.0 TEORIFORANKRING

Oppgavens problemstilling vil drøftes i lys av teori om troverdighet, kvalitativt individuelt intervju og forskningsetikk.

2.1 Troverdighet

Vitenskapelig kunnskap skal fremkomme av systematisk og kritisk refleksjon, ikke tilfeldige inntrykk eller selvbekreftende påstander (Malterud, 2017, s. 17). Ifølge Ellingsen og Drageset (2010, s. 334) kan ulike forskningstradisjoner påvirke valg av begreper når forskningens troverdighet skal vurderes. De mener at troverdighet er det overordnede begrepet for gyldighet, pålitelighet og overførbarhet innen kvalitativ forskning. I kvantitativ forskning brukes begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet (Ellingsen & Drageset, 2010, s. 334). Ifølge Kvale, Brinkmann, Anderssen og Rygge (2015, s. 289) og Malterud (2017) er validitet, gyldighet, et utfordrende begrep innen kvalitativ forskning i forbindelse med kvalitetsvurdering fordi ingen kunnskap er allmenngyldig. Ifølge Malterud (2017) blir generaliserbarhet derfor utfordrende og det blir mer aktuelt å vurdere overførbarheten. Imidlertid kan man finne kvantitative begreper innen kvalitativ forskning og derfor er det viktig å være klar over at begrepene kan ha ulik betydning innen kvalitativ og kvantitativ forskning (Ellingsen & Drageset, 2010, s. 334). Innen kvalitativ forskning vil gyldighet, som er en del av det overordnede begrepet troverdighet, omfatte hele studien. Innenfor kvantitativ forskning vil gyldighet som regel omfatte behandling av datamaterialet.

Ellingsen og Drageset (2010, s. 334) vurderer forskningens troverdighet på bakgrunn av om forskeren har frembrakt resultater som er gyldige, pålitelige og overførbare. En forutsetning for å få gyldige data er at de er pålitelige. Det er viktig at forskningen er relevant og har betydning. Dette blir forsøkt oppnådd gjennom en refleksiv holdning. Det innebærer at forskeren har et kritisk blikk på egne ideer, anvendelse av metoder, møte med informanter og tolkninger (Ellingsen & Drageset, 2010, s. 334).

2.1.1 Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet

Gyldighet, innen kvalitativ forskning, handler om hva studien forteller oss noe om. Det er utfordrende å svare ja eller nei på om funnene er sanne eller ikke (Kvale et al., 2015, s. 289). Det viktigste er derfor å ta stilling til hva det er sant om. Dette betegnes som intern validitet (Malterud, 2017, s. 23). Det som er sant for en deltaker, er ikke nødvendigvis sant for en annen. Hvis en for eksempel kartlegger typiske symptomer på leddgikt hos kvinner, er ikke dette nødvendigvis de typiske symptomene på leddgikt hos menn (Malterud, 2017, s. 23). Derfor blir det første spørsmålet om validitet knyttet til intern validitet, det vil si hva det er sant om (Kvale, 1996, s. 236-338). Ifølge Malterud (2017, s. 23) kan relevans være et nyttig begrep i forbindelse med intern validitet. Relevans handler om at begrepene som benyttes skal være relevante og belyse fenomenet som studeres. Dersom det ikke benyttes relevante begreper kan den interne validiteten påvirkes fordi det kan knyttes usikkerhet til hva det er sant om (Malterud, 2017, s. 23). Validering handler om å stille aktive spørsmål om kunnskapens gyldighet (Malterud, 2017, s. 192). Dette kan forstås som refleksivitet, og det er et viktig validitetskriterium innen kvalitativ forskning (Tjora, 2017). Ifølge Malterud (2017, s. 19) handler refleksivitet om å innta en reflekterende og kritisk holdning i alle ledd i forskningsprosessen. Refleksivitet er viktig fordi det stiller krav til at forskeren må vise evne til å stille seg spørrende til egne fremgangsmåter og konklusjoner i form av tvil og ettertanke (Baarts, Tulinius & Reventlow, 2000, s. 430-434).

Ifølge Ellingsen og Drageset (2010, s. 334) omfatter pålitelighet nøyaktighet. For å styrke påliteligheten, er det viktig at alle praktiske forhold vedrørende forskningsintervjuet er nøye gjennomtenkt og gjort rede for. En trussel mot påliteligheten er at forskeren er lite oppmerksom og unøyaktig i innsamlingen og i analysen av data. Ifølge Ellingsen og Drageset (2010, s. 335) kan forskeren be om ekstern vurdering av egen studie for å unngå unøyaktighet og oppnå gjennomsiktighet. Dette kan bidra til kriteriet om gjennomsiktighet, som kan styrke studiets pålitelighet ved at forskeren gir leseren inngående beskrivelser av konteksten og en nøyaktig fremstilling av fremgangsmåten i forskningsprosessen. Dette muliggjør at andre kan følge fremgangsmåten til forskeren (Ellingsen & Drageset, 2010, s. 335).

Overførbarhet, ekstern validitet, er også viktig for kvaliteten på kvalitative studier (Malterud, 2017, s. 24). Innenfor kvantitativ forskning benyttes begrepet generaliserbarhet, men Malterud (2017) benytter begrepet overførbarhet for å tydeliggjøre begrensningen knyttet til

generalisering i kvalitativ forskning. Overførbarhet handler om at studien bør ha relevans utover den bestemte konteksten kunnskapen er produsert innenfor (Malterud, 2017, s. 24). Overførbarheten i kvalitative studier kan knyttes til utvalg, men det henger også sammen med relevansspørsmålet. Det vil si om resultatene kan bidra til å belyse en lignende problemstilling i en annen sammenheng. Dersom forskeren kun forholder seg til den lokale konteksten, uten å vurdere overførbarheten av kunnskapen, kan den eksterne validiteten bli svekket. For å styrke studiens overførbarhet bør konteksten beskrives. Det kan gjøre det lettere å vurdere studiens relevans og overførbarhet til andre kontekster (Malterud, 2017, s. 24).

Gjennom arbeidet med masteroppgaven forsøkte jeg å innta en reflekterende og kritisk holdning for kontinuerlig å vurdere egne valg og handlinger. I datainnsamlingen opplevde jeg det utfordrende å samle et rikest mulig datamateriale. I denne fasen var det avgjørende at jeg var spørrende og kritisk til egne fremgangsmåter, og konklusjoner, for å kunne gjøre nødvendige endringer.

2.2 Kvalitativt individuelt intervju

Innen kvalitativ forskning er kvalitativt intervju den mest brukte datainnsamlingsmetoden (Johannessen et al., 2016, s. 145). Ved bruk av kvalitative individuelle intervjuer forsøker forskeren å forstå verden fra deltakernes side ved å frembringe personenes erfaringer og avdekke deres opplevelse (Kvale et al., 2015, s. 20). Det kvalitative individuelle intervjuet skal ideelt sett være en dialog der det er viktig at forskeren forsikrer seg om at vedkommende har forstått hva deltakeren formidler (Carson, 2007, s. 222). Kvalitative individuelle intervjuer er en ressurskrevende datainnsamlingsmetode (Malterud, 2017, s. 137). Metoden genererer mye datamateriale, men det er ikke gitt at alt er relevant. Dette kan føre til at prosessen blir mer ressurskrevende, da forskeren må gjøre endringer i intervjuguiden og gjennomføre nye intervjuer. Dersom forskeren transkriberer intervjuene fortløpende, kan det være enklere å oppdage om datamaterialet er relevant eller ikke (Malterud, 2017, s. 137). Til tross for at jeg i arbeidet med masteroppgaven transkriberte intervjuene fortløpende, oppdaget jeg ikke at datamaterialet manglet dybde og bredde. Det kan for eksempel komme av at jeg var uerfaren.

2.2.1 Semistrukturerte individuelle intervjuer

Semistrukturerte individuelle intervjuer kjennetegnes ved at de er styrt av forhåndsbestemte temaer i en åpen rekkefølge. Semistrukturerte individuelle intervjuer kan gi forskeren tilgang

til fyldige og detaljrike beskrivelser av deltakernes livsverden (Kvale et al., 2015, s. 20). De er åpne, og tillater derfor spontanitet og uventede vendinger (Malterud, 2017, s. 133-135). I gjennomføringen av de individuelle intervjuene til masteroppgaven opplevde jeg det utfordrende å stille spontane oppfølgings spørsmål fordi jeg var usikker i forskerrollen. Jeg var engstelig for at spørsmålene kunne virke ubehagelige. Dette til tross for at atmosfæren var fortrolig med rom for ettertanke og refleksjon (Malterud, 2017, s. 133-135).

2.3 Forskningsetikk

Brinkmann og Kvale (2005, s. 158) skiller mellom makro – og mikroetikk i forskning. Makroetikk knyttes til sosiale og samfunnsmessige konsekvenser. Forskningsartikler som publiseres kan bidra til konstruksjon av samfunnsdiskurser, og dermed av menneskene forskningen omtaler. Det er forskerens ansvar å vurdere makroetiske virkninger av eget forskningsarbeid. Mikroetikk handler om interaksjonen mellom forsker og deltaker (Brinkmann & Kvale, 2005, s. 167-170). Ifølge (Malterud, 2017, s. 211) vil mennesker med sine normer og verdier, være med å påvirke den kunnskapen som utvikles innen kvalitative studier og etiske avveininger må derfor gjøres i samtlige ledd i forskningsprosessen. Derfor er det viktig at forskeren er kjent med de etiske utfordringene dette innebærer og forholder seg til regelverk (Malterud, 2017, s. 211). Forskningsetiske retningslinjer forplikter at forskeren respekterer informantens privatliv, og sikrer informert, fritt og uttrykkelig samtykke (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016). Det er utarbeidet etiske retningslinjer som forskeren er forpliktet til å oppfylle (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016; Helsinkideklarasjonen, 2013).

Ifølge Fangen (2010, s. 146-170) er forskeren måleinstrumentet innen kvalitativ forskning og datamaterialet produseres i interaksjonen mellom forsker og deltaker. Strukturelle forskjeller i klassetilhørighet, etnisitet, alder og kjønn vil derfor påvirke forskningsprosessen. Et kvalitativt forskningsintervju er ikke et møte mellom to likestilte, det bærer med seg en asymmetri. Denne asymmetrien medfører ulikheter i maktforhold og det kan påvirke samhandlingen mellom forsker og deltaker. Det stilles derfor krav til forskerens etiske bevissthet gjennom forskningsprosessen (Fangen, 2010, s. 146-170). Ifølge Malterud (2017, s. 211) er det viktig med gjensidig respekt og tillit mellom forsker og deltakere i et kvalitativt individuelt forskningsintervju for å samle et rikt datamateriale. Dette mener hun stiller krav til forskerens evne til å få deltakeren til å føle seg trygg, men ikke invadert. For å legge til rette

for trygghet må forskeren bruke tid og ressurser på å skape nærhet til deltakeren. Nærhet kan skape et rikt datamateriale, samtidig kan det føre til at forskeren blir revet med av deltakernes fortellinger, og ikke vurderer alternative fortolkninger (Malterud, 2017, s. 211). Nærhet stiller dermed krav til nøkternhet hos forskeren (Malterud, 2017, s. 212). I gjennomføringen av de individuelle intervjuene til masteroppgaven opplevde jeg gjensidig respekt mellom forsker og deltaker. I de første individuelle intervjuene kan min respekt for deltakerne ha påvirket dybden og bredden i datamaterialet. Jeg var takknemlig for at deltakerne hadde stilt opp og ønsket derfor ikke å stille spørsmål som kunne oppleves som ubehagelige.

3.0 METODE

I det følgende beskrives metode, fremgangsmåte, inklusjons – og eksklusjonskriterier og metode – og kildekritikk i refleksjonsoppgaven.

3.1 Valg av metode

Litteraturstudie ble valgt som metode for refleksjonsoppgaven.

3.2 Innsamling av data

Databasene Oria og Medline via EBSCOhost ble benyttet i litteraturstudiet. I Medline ble databasen Cinahl with full text inkludert. Oria søker i norske fag – og forskningsbiblioteker. Medline søker i litteratur innen helsefag og biomedisinsk forskning. I Oria ble det benyttet norske søkeord, i Medline ble det benyttet engelske søkeord. Artikkelen ble valgt etter å ha lest tittel, og deretter abstrakt dersom tittelen var relevant. For å finne ytterligere litteratur ble artiklenes referanselister benyttet. Søkehistorikk, se *vedlegg 1*.

3.3 Inklusjons – og eksklusjonskriterier

Kun fagfelleverderte artikler utgitt etter år 2000 ble inkludert. Artikler som kun inneholdt søkeordene på grunn av artikkelens metodedel ble ekskludert.

3.4 Metode – og kildekritikk

I gjennomføringen av litteraturstudiet dukket det opp flere artikler på bakgrunn av at de hadde brukt et, eller flere, av mine søkeord i sin metodedel, men ikke skrevet noe om temaet utover metodedelen. For eksempel var det flere artikler som hadde søkeordet «kvalitativt intervju» som et nøkkelord fordi det var beskrivende for metoden som var brukt i artikkelen, men utover metodedelen omhandlet ikke artikkelen kvalitativt intervju.

4.0 RESULTATER

I denne delen presenteres resultatene fra fire artikler som ble utvalgt på bakgrunn av inklusjons – og eksklusjonskriteriene fra litteraturstudiet. Resultatene er delt inn i gjennomgående temaer i artiklene som er lest. Artikkelloversikt, se *vedlegg 2*.

Hovedfunnene fra litteraturstudie viser at; struktur i gjennomføringen, forskerens ferdigheter og etikk kan påvirke gjennomføringen av individuelle intervjuer, og styrke eller svekke studiens troverdighet.

Tabell 2: Resultater fra litteraturstudiet.

Resultater fra litteraturstudie			
Forfatter	Tittel	Metode og utvalg	Resultater
Christina Foss Bodil Ellefsen	De utydelige overtramp? Ethiske utfordringer ved kvalitative studier (2004)	Metoden fremkommer ikke eksplisitt, men kan forstås som en litteraturstudie	<ul style="list-style-type: none">• Makten i et kvalitativt intervju kan bidra til ny kunnskap, men samtidig undertrykke informanten.• Kvalitativ forskning som metode ivaretar ikke automatisk informanten. Forskeren må kritisk granske egen forskningspraksis.• Forskere bør være bevisste på makten som ligger i forskerrollen og de forskningsetiske utfordringene knyttet til dette.
Nina Carson	Erfaringer og refleksjoner ved bruk av gruppeintervju i kvalitativ forskning (2007)	Gruppeintervjuer med forskolelærere og egne refleksjonsnotater	<ul style="list-style-type: none">• Det kan være utfordrende å ivareta informantene når datainnsamlingen kommer for sterkt i fokus.• Veiledningsferdigheter kan være et supplement til andre typer intervju spørsmål.• Veiledningsferdigheter skal kun benyttes for å bidra til økt forståelse av deltakerne formidler.
Silvia E. Rabionet	How I learned to design and conduct semi- structured interviews: an ongoing and continuous journey (2011)	Individuelle intervjuer med HIV- juniorforskere	<ul style="list-style-type: none">• Forskere bør følge seks trinn når de skal lære å gjennomføre semistrukturerte intervjuer.• Gjennomføringen av semistrukturerte intervjuer er en kontinuerlig læringsprosess hvor rådgivning med eksperter og praktisering er viktig for læring.• En god kvalitativ studie basert på semistrukturerte intervjuer er avhengig av forskerens kunnskaper, ferdigheter og visjoner.
Hanna Kallio Anna-Maija Pietilä Martin Johnson Mari Kangasniemi	Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide (2016)	Systematisk metodologisk gjennomgang. Datakilder; PubMed, CINAHL, Scopus og Web of Science.	<ul style="list-style-type: none">• Rigorøs utvikling av en kvalitativ semistrukturert intervjuguide bidrar til mer objektive og pålitelige resultater.• Forskere bør bruke en kvalitativ semistrukturert intervjuguide for å gjøre studieresultatene mer sannsynlig.• Forskere bør vurdere å bruke en sekstrinnsmodell når de skal utarbeide en semistrukturert intervjuguide.

4.1 Struktur i gjennomføringen

Ifølge Kallio, Pietilä, Johnson og Kangasniemi (2016) og Rabionet (2011) er det viktig med struktur og dokumentasjon i gjennomføringen av kvalitative individuelle intervjuer. De fokuserer på at systematisk utvikling, og forbedret struktur kan bidra til å styrke

påliteligheten, gyldigheten og overførbarheten til kvalitative studier. Kallio et al. (2016) og Rabionet (2011) foreslår utvikling av en fast struktur ved gjennomføring av kvalitative individuelle intervjuer for å bidra til å gjøre resultatene mer sanne gjennom objektivitet og troverdighet. Rabionet (2011) foreslår utvikling av en sekstrinnsmodell for gjennomføring av kvalitative individuelle intervjuer for at uerfarne forskere skal tilegne seg nødvendige ferdigheter for å kunne gjennomføre semistrukturerte intervjuer. I tillegg fokuserer Kallio et al. (2016) på at en strukturert intervjuguide skal utvikles slik at andre forskere skal kunne bruke den.

4.2 Forskers ferdigheter

Foss og Ellefsen (2004) og Rabionet (2011) poengterer at det er en kontinuerlig læringsprosess å gjennomføre kvalitative individuelle intervjuer. Forskeren må hele tiden vurdere om det er nødvendig å gjøre endringer eller fortsette som tidligere. Det finnes få standardregler innen kvalitativ forskning og «veien blir til mens man går» (Foss & Ellefsen, 2004, s. 48). For å tilegne seg kunnskap om intervjuteknikker og metodologiske prosesser kan det være viktig å konsultere andre forskere, veiledere eller eksperter på området (Kallio et al., 2016, s. 2959). Carson (2007, s. 230) fokuserer på at veiledningsferdigheter kan være nyttig i gjennomføringen av kvalitative individuelle intervjuer. Veiledningsferdigheter kan bidra til mer valide data fordi forskeren kan benytte teknikker som gjør deltakeren i stand til å sette ord på egne tanker og refleksjoner (Carson, 2007, s. 230).

4.3 Etikk

Ifølge Carson (2007), Foss og Ellefsen (2004) og Rabionet (2011) er etikk sentralt i gjennomføringen av kvalitative individuelle intervjuer. Carson (2007) og Foss og Ellefsen (2004) fokuserer på at det kan dukke opp etiske dilemmaer i gjennomføringen av kvalitative individuelle intervjuer fordi forskeren får tilgang til deltakerens livsverden og private sfære. Ifølge Foss og Ellefsen (2004) og Rabionet (2011) nærmer forskere seg stadig mer private temaer, og det stilles derfor større krav til forskerens etiske bevissthet for å ivareta deltakernes integritet og unngå etiske overtramp. Ifølge Kallio et al. (2016, s. 2960) er det viktig å prøve ut spørsmålene i det kvalitative intervjuet gjennom en pilotstudie, for å undersøke om spørsmålene er relevante, for å identifisere om det er nødvendig å omformulere spørsmål og for å undersøke om spørsmålene kan oppfattes sårende eller inngripende. Spontane oppfølgingsspørsmål kan ikke prøves ut på forhånd og kan dermed skape etiske dilemmaer

(Kallio et al., 2016, s. 2962). Foss og Ellefsen (2004, s. 48) fokuserer på at det er avgjørende at forskeren kan håndtere de etiske utfordringene som eventuelt oppstår i en intervjusituasjon. Carson (2007, s. 225) og Foss og Ellefsen (2004, s. 49) påpeker at makt er et sentralt tema innen etikk, fordi forskeren har en autoritetsmakt ovenfor deltakeren. Ifølge Carson (2007, s. 225) er det avgjørende at forskeren er bevisst og anerkjenner denne makten.

5.0 REFLEKSJONER OG DRØFTING

I denne delen drøftes problemstillingen på bakgrunn av teoriforankring, resultatene fra litteraturstudiet, og egne erfaringer og refleksjoner fra gjennomføringen av individuelle intervjuer i forbindelse med masteroppgaven.

5.1 Struktur i gjennomføringen

I forkant av de individuelle intervjuene tenkte jeg nøye gjennom og undersøkte de praktiske forholdene for å oppnå nøyaktighet. Dette innebar at intervjurommet ble inspisert, lyd kvaliteten på båndopptakeren ble testet og en pilotstudie ble gjennomført. Tilrettelegging av praktiske forhold kan ha styrket studiens pålitelighet, ved at det har bidratt til å gi leseren nøyaktige fremstillinger av fremgangsmåten i forskningsprosessen (Ellingsen & Drageset, 2010, s. 335). Ifølge Carson (2007), Kallio et al. (2016) og Rabionet (2011) er det viktig med struktur og dokumentasjon i gjennomføring av kvalitative individuelle intervjuer. I tillegg til de praktiske forholdene, kan forskerens oppmerksomhet og nøyaktighet i innsamlingen og analysen av data påvirke påliteligheten. På grunn av at jeg gjennomførte intervjuene selvstendig, ble det benyttet lydopptak for å styrke påliteligheten. Lydopptak kan bidra til å styrke reliabiliteten når kun en forsker er tilstede, fordi det gjør det mulig å vurdere rådataen fra lydopptakene opp mot den eksisterende dataen (Fitzpatrick & Boulton, 1996, s. 126). Transkripsjonene gjennomførte jeg selvstendig og fortløpende, derfor var jeg enda mer bevisst på å være nøyaktig, fokusert og oppmerksom i arbeidet. På den ene siden kunne jeg ha styrket påliteligheten ytterligere, dersom jeg hadde fått ekstern hjelp i arbeidet med transkripsjonene. På den andre siden kan egen bevissthet på fokus og oppmerksomhet i arbeidet ha ført til økt nøyaktighet. I arbeidet med analysen samarbeidet jeg med veileder. Dette opplevde jeg var avgjørende for å sikre relevante forhold i studien og strukturere arbeidet. Samarbeidet og forbedret struktur kan ha bidratt til å styrke påliteligheten, gyldigheten og overførbarheten til egen studie (Carson, 2007; Kallio et al., 2016; Rabionet, 2011). Ifølge Rabionet (2011, s. 565) kan en strukturert intervjuguide være et nyttig verktøy dersom uerfarne forskere skal lære seg å gjennomføre individuelle intervjuer, samtidig kan uhensiktsmessig mye fokus på struktur forhindre kreativ tenkning og variasjon (Ellingsen & Drageset, 2010, s. 335).

Innen kvalitative studier er det viktig å ta utgangspunkt i hva studien forteller noe om (Kvale et al., 2015, s. 289). Derfor ble intervjudeltakerne til masteroppgaven strategisk utvalgt på bakgrunn av gitte kriterier. Et av utvalgskriteriene var at deltakerne var kjent med begrepene i intervjuguiden. Det kan ha bidratt til å styrke den interne validiteten i egen studie. Samtidig kan deltakerne ha definert og vektlagt begrepene ulikt, og begrepsavklaring kunne vært hensiktsmessig. Dersom forskeren tar for gitt at samtlige deltakere forstår begrepene likt, kan den interne validiteten svekkes. I egen studie ble ikke begrepene i intervjuguiden avklart på forhånd fordi det ikke eksisterer en entydig definisjon. Dette kan ha ført til at deltakerne har tolket spørsmålene ulikt på bakgrunn av egen forståelse. Samtidig var deltakerne strategisk utvalgt på bakgrunn av at de kjente til begrepene i intervjuguiden. Den interne validiteten vil derfor muligens ikke være svekket til tross for manglende begrepsavklaring. Et strategisk utvalg kan ha bidratt til at studien kan overføres utover den lokale konteksten, til lignende kontekster, fordi deltakerne kjente til begrepene og det kan ha styrket studiens relevans. Det kan være rimelig å anta at resultatene kan bidra til å belyse lignende problemstillinger i en annen sammenheng (Malterud, 2017, s. 24).

Det eksisterer få standardregler innen kvalitativ forskning og veien dannes underveis (Foss & Ellefsen, 2004, s. 48). Derfor er det viktig at forskere tilegner seg kunnskap om intervjuteknikker og metodologiske prosesser, samt konsulterer med andre forskere og eksperter på området (Kallio et al., 2016, s. 2959). Med tanke på at mine utfordringer var knyttet til det å stille spontane oppfølgingsspørsmål kan det tenkes at struktur, i form av standardregler, ikke nødvendigvis ville styrket troverdigheten i mitt datamateriale. Til tross for at jeg hadde tilegnet meg teoretisk kunnskap, om blant annet intervjuteknikker, før gjennomføringen av de individuelle intervjuene opplevde jeg samarbeidet med veileder som viktig. Samarbeidet førte til at jeg gjorde nødvendige justeringer underveis, det resulterte i et rikere datamateriale.

5.2 Forskers ferdigheter

I gjennomføring av de individuelle intervjuene erfarte jeg at samtalen var preget av dialog, og at deltakernes anliggende var i fokus. Dette samsvarer med at Carson (2007, s. 22) beskriver dialog som sentralt innen kvalitativt intervju, fordi det kan bidra til å forstå deltakernes erfaringer og opplevelser. Relevante og rike data er en forutsetning for utvikling av ny kunnskap og troverdighet (Malterud, 2017, s. 69). Underveis i gjennomføringen av de

individuelle intervjuene oppmuntret veileder meg, etter å ha lest transkripsjonene, til å være mer spørrende og kritisk for å frembringe begrunnelser og refleksjoner hos deltakerne. Tilbakemeldingen førte til at jeg leste gjennom datamaterialet på nytt. Det gjorde meg oppmerksom på manglende dybde og bredde. Oppmuntringen fikk meg til å tenke over egen forskerkompetanse, og grunnen til at jeg ikke stilte de nødvendige spørsmålene for å få frem deltakernes begrunnelser og refleksjoner. På bakgrunn av oppmuntringen fra veileder ble jeg bevisst egne utfordringer og forsøkte å gjøre nødvendige endringer før gjennomføringen av de siste intervjuene. Endringene innebar blant annet at jeg stilte spontane oppfølgingsspørsmål. Selv om jeg lyktes med å gjøre endringer som førte til et rikest mulig datamateriale, opplevde jeg fremdeles intervjusituasjonen som utfordrende. Underveis i prosessen, og i ettertid, brukte jeg tid på å reflektere over grunnen til at jeg opplevde det utfordrende å være spørrende og kritisk i intervjusituasjonen. Jeg kom frem til at dette kunne ha sammenheng med egne erfaringer, ferdigheter og trygghet. Jeg hadde lite erfaring med forskerrollen. Mangel på erfaring førte til at jeg opplevde intervjusituasjonen og forskerrollen som utrygg. I stedet for å utfordre meg i forskerrollen, gikk jeg inn i en rolle jeg opplever som tryggere, veilederrollen. I intervjusituasjonene var det ikke hensiktsmessig å gå inn i veilederrollen, men det bidro til at jeg opplevde situasjonen som håndterbar. Carson (2007, s. 230) fokuserer på at veiledningsferdigheter kan være nyttig i gjennomføringen av kvalitative individuelle intervjuer. Veiledningsferdigheter kan bidra til mer valide data fordi forskeren kan benytte teknikker som gjør deltakeren i stand til å sette ord på egne tanker og refleksjoner (Carson, 2007, s. 230). Selvinnsikt og selvrefleksjon er viktig i veilederrollen (Tveiten, 2013, s. 106). Ifølge Carson (2007, s. 224) skal ferdighetene kun brukes for å bidra til økt forståelse for det deltakerne formidler. Dersom ferdighetene benyttes hensiktsmessig kan dette føre til mer troverdige data, fordi det gir økt forståelse og innsikt for det deltakerne formidler. Egne veiledningsferdigheter i intervjusituasjonen kan ha ført til økt forståelse for deltakernes livsverden, men det kan også ha ført til begrensninger fordi det var utfordrende for meg å være spørrende og kritisk. Min opplevelse av at det var ubehagelig å være spørrende og kritisk kan knyttes til egen selvavgrensning. Selvavgrensning handler om å skille eget anliggende, i form av følelser, tanker, meninger, synspunktet, oppfatninger og vurdering, fra andres (Schibbye, 2012, s. 368-369). I intervjusituasjonen handlet selvavgrensningen om at jeg opplevde det ubehagelig å være spørrende og kritisk i frykt for at deltakerne kunne oppleve spørsmålene mine som anklagende eller ubehagelig. Dette resulterte i at jeg stilte nye spørsmål istedenfor å stille spørrende og kritiske spørsmål for å frembringe deltakernes

begrunnelser og refleksjoner. På den ene siden kan dette muligens ha ført til at jeg gikk glipp av begrunnelsene og refleksjonen til de første deltakerne, men samtidig førte det til økt fokus på begrunnelser og refleksjoner i de siste intervjuene. De siste intervjusituasjonene opplevde jeg som mer håndterbare på grunn av gjentatte positive erfaringer med å stille spørrende og kritiske spørsmål. Jeg opplevde at jeg klarte å bruke egen veiledningskompetanse til å gjøre deltakeren i stand til å sette ord på egne tanker og refleksjoner, samtidig som jeg var spørrende og kritisk. Dette betyr ikke at jeg er utlært, men erfaringene fra arbeidet med masteroppgaven var et steg i riktig retning.

I ettertid har jeg reflektert over hvorfor jeg opplevde det utfordrende å være spørrende og kritisk. Jeg kom frem til at egen bakgrunn og erfaringer kan ha påvirket. Som helsepersonell opplevde jeg det utfordrende å tre ut av min kjente rolle og inn i en rolle hvor det blant annet var nødvendig å stille *hvorfor* spørsmålet. Gjennom egen arbeidserfaring har jeg erfart at *hvorfor* spørsmålet kan oppleves anklagende, og derfor har jeg i liten grad benyttet spørsmålet. På den ene siden er dette positivt med tanke på at det er viktig med gode relasjoner til pasienter og spørsmål som kan virke anklagende kan påvirke relasjonen. På den andre siden kan dette ha ført til at jeg opplevde det utfordrende å være spørrende og kritisk i intervjusituasjonen. I tillegg kan det ha påvirket dybden i datamaterialet i de første intervjuene som ble gjennomført. I intervjusituasjonene erfarte jeg at det var viktig å stille *hvorfor* spørsmålet for å frembringe begrunnelser og refleksjoner. Jeg ble mer fortrolig med å stille spørsmålet og erfarte at det var nødvendig for å frembringe deltakernes begrunnelser og refleksjoner. Mine erfaringer er at det er en kontinuerlig læringsprosess å gjennomføre individuelle intervjuer, hvor jeg som forsker stadig må vurdere om det er nødvendig å gjøre endringer eller jeg kan fortsette som tidligere. Dette stemmer overens med det Foss og Ellefsen (2004) og Rabionet (2011) poengterer. I arbeidet med masteroppgaven var samarbeidet med veileder avgjørende for å gjøre meg i stand til å se hvilke endringer som var nødvendig å gjøre i intervjusituasjonen. Endringene kan ha ført til et rikest mulig datamateriale som kan ha bidratt til å styrke studiens troverdighet.

5.3 Etikk

I forkant av datainnsamlingen til masteroppgaven gjennomførte jeg en pilotstudie. Det ble gjort for å undersøke om spørsmålene var relevante, for å identifisere om omformulering av spørsmålene var nødvendig og for å undersøke om spørsmålene ble oppfattet som sårende

eller inngripende. Ifølge Kallio et al. (2016, s. 2960) er dette nødvendig for å gjennomføre et vellykket kvalitativt intervju. Fordi forskeren, ved bruk av kvalitative individuelle intervjuer, forsøker å forstå verden fra deltakerens side ved å frembringe personens erfaringer, er det viktig å være bevisst på konsekvensen av dette (Kvale et al., 2015, s. 20). Forskere nærmer seg stadig mer personlige temaer og derfor stilles det større krav til etisk bevissthet for å ivareta deltakerens integritet og unngå etiske overtramp (Foss & Ellefsen, 2004; Rabionet, 2011). Erfaringene fra pilotstudien var nyttig fordi pilotpersonen kom med tilbakemeldinger og innspill på hvordan spørsmålene ble oppfattet. Endringer ble gjort på bakgrunn av dette. Pilotpersonen var ikke valgt ut på samme bakgrunn som deltakerne i masterstudien og hadde ikke kjennskap til intervjutemaet. På den ene siden kan dette ha vært positivt fordi dersom pilotpersonen hadde opplevd spørsmålene som sårende eller inngripende, vil høyst sannsynlig de strategisk utvalgte deltakerne opplevd det samme fordi de har kjennskap til temaet. På den andre siden kan det ha vært negativt at pilotpersonen ikke oppfylte inklusjonskriteriene, fordi vedkommende ikke kunne gi tilbakemeldinger på om spørsmålene var relevante. Målet med pilotstudien var å undersøke hvordan spørsmålene ble oppfattet for å ivareta deltakernes integritet og unngå etiske overtramp. Som nevnt tidligere opplevde jeg det utfordrende å stille spontane oppfølgingsspørsmål, og gikk derfor videre til neste spørsmål. Dette kan ha ført til at deltakerne følte seg respektert og ivaretatt, men det kan ha påvirket dybden i datamaterialet. Som forsker er det viktig å ivareta deltakerens respekt, men ikke i så stor grad at datamaterialet kun berører overflaten (Carson, 2007, s. 224). Foss og Ellefsen (2004, s. 48) fokuserer på at det er avgjørende at forskeren kan håndtere de etiske utfordringene som kan oppstå i en intervjusituasjon. Gjennom egne intervjuer erfarte jeg ingen negative reaksjoner hos deltakerne, men dette kan ha sammenheng med at deltakerne muligens ikke opplevde temaet og spørsmålene som sensitive. Intervjuguide, se *vedlegg3*.

I gjennomføringen av intervjuene forsøkte jeg å anerkjenne og være bevisst maktforholdet som eksisterer i en intervjusituasjon. Foucault og Gordon (1980, s. s 99-100) definerer makt som allestedsnærværende i samfunnet. Dette innebærer at makten er tilstede til enhver tid og overalt, uten noen form for synlig fysisk maktutøvelse (Askheim, 2016, s. 84-85). I intervjusituasjonen opplevde jeg i liten grad en asymmetri, men jeg forsøkte å bruke makten hensiktsmessig ved å frembringe deltakernes erfaringer, refleksjoner og opplevelser ved å styre spørsmålene i intervjuet. Grunnen til at jeg i liten grad opplevde en asymmetri i maktforholdet kan ha vært at jeg har tilsvarende helsefaglig bakgrunn. Denne felles

bakgrunnen førte til at jeg var spesielt bevisst på å innta forskerrollen i intervjusituasjonen. Dette var positivt fordi jeg hele tiden måtte være bevisst egen rolle, samtidig kan det ha ført til overdrevet fokus på egen rolle. I intervjusituasjonen kan stort fokus på egen rolle ha ført til uhensiktsmessig avstand til deltakerne, samtidig kan denne avstanden ha bidratt til ivaretagelse av de etiske aspektene og maktforholdet. Manglende fokus på forskerrollen kunne ha ført til at jeg hadde inntatt en helsepersonellrolle. Dette kunne ha ført til en nærmere relasjon til deltakerne som kunne resultert i at deltakerne åpnet seg mer enn ønskelig. Dersom det hadde vært tilfellet hadde jeg ikke ivare tatt forskeransvaret. I kvalitative individuelle intervjuer er gjensidig tillit viktig for å samle et rikt datamateriale (Malterud, 2017, s. 211). Dette stiller krav til forskerens evne til å være bevisst egen rolle. Deltakeren skal føle seg trygg, men ikke invadert. Nærhet stiller dermed krav til nøkternhet hos forskeren (Malterud, 2017, s. 212). I gjennomføringen av intervjuene forsøkte jeg å gi støtte og trygghet til deltakerne for at de skulle oppleve frihet til å ta egne valg, fordi makt handler om å ta ansvar for, ikke fra, deltakerne. Støtten kan ha bidratt til at det ikke oppsto uønskede situasjoner, som for eksempel at en deltaker hadde betrodd seg til meg med en historie som jeg oppfattet som uetisk. Samtidig kan støtte og trygghet føre til at deltakere deler mer enn det som vedkommende i utgangspunktet hadde tenkt til. Makten forskeren har medfører et ansvar for å støtte deltakerne slik at de kan ta ansvar for valgene de tar i intervjusituasjonen (Carson, 2007, s. 225).

6.0 KONKLUSJON

Gjennom arbeidet med masteroppgaven erfarte jeg at man ikke alene kan lese seg til gode intervjuferdigheter. Opplevelser, erfaringer, refleksjoner og veiledningsferdigheter kan være likestilt med teoretisk kunnskap. Økt kunnskap og bevissthet om utfordringer knyttet til forskerrollen i individuelle intervjuer kan være avgjørende for innsamlingen av et rikest mulig datamateriale. Funnene fra litteraturstudiet viser at struktur i gjennomføringen, forskers ferdigheter og etikk kan være viktig å ta hensyn til, og være bevisst, i individuelle intervjuer fordi det kan påvirke dybden og bredden i datamaterialet og dermed troverdigheten. Som uerfaren forsker var erfaringene jeg fikk gjennom å gjennomføre individuelle intervjuer til masteroppgaven avgjørende for egen utvikling og læring. Erfaringene førte til at jeg opplevde individuelle intervjuer som håndterbare.

7.0 REFERANSER

- Askheim, O. P. (2016). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid : floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Baarts, C., Tulinius, C. & Reventlow, S. (2000). Reflexivitya strategy for a patient-centred approach in general practice. *Family Practice*, 17(5), 430-434. doi: 10.1093/fampra/17.5.430
- Brinkmann, S. & Kvale, S. (2005). Confronting the Ethics of Qualitative Research. *Journal of Constructivist Psychology*, 18(2), 157-181. doi: 10.1080/10720530590914789
- Carson, N. (2007). Erfaringer og refleksjoner ved bruk av gruppeintervju i kvalitativ forskning. *Norsk pedagogisk tidsskrift*, 91(3), 220-231.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2016). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. . Hentet 08.02 2019 fra https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/60125_fek_retningslinjer_nesh_digital.pdf
- Ellefsen, B. (1989). Kvalitativt intervju — et nest beste metoderedskap? *Nordic Journal of Nursing Research*, 9(4), 26-31. doi: 10.1177/010740838900900406
- Ellingsen, S. & Drageset, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Nett*, 5(4), 332-335. doi: 10.4220/sykepleienn.2011.0027
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Fitzpatrick, R. & Boulton, M. (1996). Qualitative research in health care: 1. The scope and validity of methods. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*.
- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>
- Foss, C. & Ellefsen, B. (2004). De utydelige overtramp? Etske utfordringer ved kvalitative studier. *Vård i Norden*, 24(3), 48-51. doi: 10.1177/010740830402400310
- Foucault, M. & Gordon, C. (1980). *Power/knowledge : selected interviews and other writings 1972-1977*. Brighton: Harvester Press.
- Helseforskningsloven. (2009). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>

- Helsinkideklarasjonen. (2013, 10.2013). Helsinkideklarasjonen. Hentet 08.02 2019 fra <https://www.etikkom.no/Helsinkideklarasjonen>
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Kallio, H., Pietilä, A. M., Johnson, M. & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. 72, 2954-2965. doi: 10.1111/jan.13031
- Kvale, S. (1996). *Interviews : an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (Interview[s] learning the craft of qualitative research interviewing, 3 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- NSD. (2019). Norsk senter for forskningsdata. Hentet 12.04 2019 fra <https://nsd.no/>
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Rabionet, S. E. (2011). How I learned to design and conduct semi-structured interviews: an ongoing and continuous journey *The Qualitative Report*, 16(2), 563.
- REK. (2019). Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Hentet 12.04 2019 fra <https://helseforskning.etikkom.no/>
- Schibbye, A.-L. L. (2012). *Relasjoner : et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2. utg., 2. oppl. [i.e. ny utg.]. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tveiten, S. (2013). *Veiledning : mer enn ord* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

8.0 VEDLEGG

Vedlegg 1. Søkehistorikk

Søk nr		Antall artikler identifisert	Antall artikler vurdert som mulig relevant*	Antall artikler inkludert**
DATABASE: ORIA (begrenset til kun fagfelleverderte tidsskrifter)				
1.	Validitet	559	Ikke vurdert	
2.	Reliabilitet	324	Ikke vurdert	
3.	Kvalitativt intervju	174	12	0
4.	Datainnsamlingsmetode	29	5	0
5.	1 OG 2	193	15	0
6.	1 OG 2 OG 3	4	2	0
7.	1 OG 2 OG 3 OG 4	0		
8.	1 OG 3	21	5	1
9.	2 OG 3	8	1	0
10.	1 OG 4	6	1	0
11.	2 OG 4	0		
12.	3 OG 4	2	0	
DATABASE: MEDLINE via EBSCOhost, inkludert CINAHL with full text (begrenset til fagfelleverderte artikler)				
1.	Validity	86 765	Ikke vurdert	
2.	Reliability	89 359	Ikke vurdert	
3.	Qualitative interview	13 465	Ikke vurdert	
4.	Data collection method	10 746	Ikke vurdert	
5.	1 AND 2	39 979	Ikke vurdert	
6.	1 AND 2 AND 3	200	40	1
7.	1 AND 2 AND 3 AND 4	6	4	1 (samme som på søk 6)
8.	1 AND 2 AND 4	433	25	0
9.	1 AND 3 AND 4	12	8	1 (den ene samme som søk 6)
10.	2 AND 3 AND 4	9	6	1 (samme som søk 6)
*antall artikler vurdert som mulig relevant basert på tittel og sammendrag (abstract).				
**antall artikler identifisert ut ifra metodekapittelet, som relevant med tanke på inklusjonskriteriene.				

Vedlegg 2. Artikkelloversikt

Artikkelfunn, presentasjon av tittel, forfatter og innhold		
Tittel:	Forfatter:	Beskrivelse:
De utydelige overtramp? Etske utfordringer ved kvalitative studier (2004)	Christina Foss Bodil Ellefsen	Artikkelen handler om de etiske utfordringene som kan oppstå i forbindelse med kvalitative intervjuer. På grunn av at det mangler regler i forbindelse med kvalitative intervjuer må beslutninger ofte fattes under intervjuet. Dette fordrer at forskeren kan håndtere etiske utfordringer. Artikkelen beskriver at forholdet mellom forsker og deltaker handler om respekt, og at forskeren må være oppmerksom på deltakerens grenser med tanke på etisk overtramp. Det vil alltid være makt knyttet til en intervjusituasjon, og hvordan denne makten brukes er avgjørende for om intervjuet generere ny kunnskap, eller undertrykker deltakeren.
Erfaringer og refleksjoner ved bruk av gruppeintervju i kvalitativ forskning (2007)	Nina Carson	Artikkelen tar for seg hvordan forskerens kompetanse kan bidra til å frembringe valide data. Dette kan for eksempel handle om at forskeren må erkjenne egen usikkerhet i forbindelse med intervjusituasjonen for å forhindre et metodeproblem. Artikkelen beskriver hvordan det kan være utfordrende for forskeren å på den ene siden ønske et dyptgripende intervju, men det kan øke risikoen for å krenke intervjupersonens integritet. På den andre siden å respektere intervjupersonen i en slik grad at det empiriske materialet så vidt berører overflaten. Artikkelen beskriver at makten alltid vil være tilstede i en intervjusituasjon, derfor må makten erkjennes.

<p>How I learned to design and conduct semi-structured interviews: an ongoing and continuous journey (2011)</p>	<p>Silvia E. Rabionet</p>	<p>Rapporten beskriver at kvalitative intervjuer er et fleksibelt og hensiktsmessig verktøy for å fange deltakernes meninger, erfaringer og refleksjoner. Forfatteren fokuserer på at det er viktig med ferdigheter for å kunne benytte metoden, kvalitativt intervju. Det beskrives en sekstrinnsmodell som kan bidra til læring i forbindelse med gjennomføring av kvalitativt intervju. Rapporten konkluderer med at gode kvalitative studier basert på semistrukturerte intervjuer avhenger av kunnskap, ferdigheter og integritet hos forskeren. Øvelse og erfaring er avgjørende for å tilegne seg nødvendige kunnskaper og ferdigheter. Dette er en vedvarende læringsprosess.</p>
<p>Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide (2016)</p>	<p>Hanna Kallio Anna-Maija Pietilä Martin Johnson Mari Kangasniemi</p>	<p>Artikkelen fokuserer på at det er behov for mer struktur i forbindelse med kvalitative studier. For å oppnå strengere tilnærming til kvalitativ forskning skriver artikkelen om en sekstrinnsmodell for semistrukturerte intervjuer. Denne rigorøse utviklingen av en semistrukturert intervjuguide kan bidra til objektivitet og troverdighet i kvalitative studier, samt føre til at resultatene som samles inn er mer sannsynlig. Bruk av en streng semistrukturert intervjuguide kan føre til mer nøyaktig registrering av fenomenet som undersøkes.</p>

Vedlegg 3. Intervjuguide

Fase 1: Rammesetting	Gi informasjon, 5 minutter - Gi informasjon om studien. Bakgrunn, hensikt og formål. - Forklar hva data fra intervjuet skal brukes til, samt informere om taushetsplikt og anonymitet. - Spørre om noe er uklart og om informanten eventuelt har noen spørsmål. - Gi informasjon om at intervjuet blir tatt opp med lydopptaker. - Starte opptaket. - Samle inn samtykkeskjema.
Fase 2: Fokusering	Nøkkelspørsmål, 60 minutter <i>1. Hvordan informerer du om Hjerteskolen?</i> - Hva sier du når du gir informasjon om Hjerteskolen? - Hva tenker du om den informasjonen pasientene får om Hjerteskolen? - Blir informasjonene gitt muntlig og skriftlig? - Hva avgjør om du gir muntlig eller skriftlig informasjon? - Hva tenker du er fordeler og ulemper med muntlig og skriftlig informasjon? - Hvilket språk gis den skriftlige og muntlige informasjonen på? - Hvem synes du skal gi informasjon om Hjerteskolen? - Hvor ofte gir du informasjon om Hjerteskolen til pasienter? - Omtrent hvor mye tid bruker du på å gi informasjon om Hjerteskolen til hver pasient? - I hvilke situasjoner gir du informasjon om Hjerteskolen? - Når gir du informasjon om Hjerteskolen? <i>2. Hvilke erfaringer har du i forbindelse med rekruttering til Hjerteskolen?</i> - Får alle pasientene lik informasjon om tilbudet? - Hva tenker du om pasientenes forståelse av informasjonen? - Hva tenker du om pasientens respons på informasjonene og hvordan følger du opp dette? - Dersom noen takker «nei», hvorfor tror du de takker nei? - Hvem takker nei? Hvorfor tror du disse takker «nei». - Hvilke tanker har du i forbindelse med at noen pasienter deltar på Hjerteskolen og andre ikke? - Studier viser at hjerterehabilitering er et uutnyttet tilbud, hva tenker du om det? - Hvordan kommuniseres tilbudet til de med fremmedspråklig grunn? - Dersom pasienten har behov for tolk, gjøres noe annerledes? Hva gjøres annerledes og hva tenker du om det? <i>3. Hva tenker du deltakelse på Hjerteskolen kan bety for pasientene?</i> - Hva kan Hjerteskolen bidra med til pasientene? - Hvilke tanker har du i forbindelse med hvordan deltakelse/ikke-deltakelse på Hjerteskolen påvirker pasientene? <i>4. Hvilke erfaringer har du i forbindelse med rekruttering til Hjerteskolen?</i> - Kan du fortelle om noen positive og negative opplevelser? Kan du gi et eksempel? <i>5. Hva er årsaken til at du rekrutterer til Hjerteskolen?</i> - Hva synes du om å rekruttere? - Hva er de positive og negative sidene ved å rekruttere til Hjerteskolen?
Fase 3: Avslutning	Oppsummere hovedinntrykkene, 10 minutter Jeg kan undersøke om informasjonen fra informanten er forstått riktig om noe er uklart. Ved for eksempel å spørre «har jeg forstått deg riktig?» Har informanten eller jeg noen å legge til?

Felles vedlegg

Vedlegg 1) Risiko – og sårbarhetsanalyse (ROS-skjema)

<i>Hva kan gå galt?</i>	<i>Sannsynligheten for at det kommer til å skje?</i>	<i>Tiltak hvis det skjer og konsekvensreduisering.</i>	<i>Konsekvens</i>
Glemme igjen minnepinnen med datamaterialet på bussen.	L	Ta kontakt med Ruter umiddelbart når det blir oppdaget. Ikke nevne navn på informantene i intervjuene.	2
Jeg kan gå ifra minnepinnen med datamaterialet på leseplassen.	M	Ikke ha med meg minnepinnen med mindre jeg skal bruke den.	2
Minnepinnen med datamaterialet kan bli stjålet.	L	Varsle politiet.	3
Datamaskinen min kan få virus eller bli «hacket».	L	Oppdatere virusprogrammet jevnlig.	3
Uvedkommende kan kjenne igjen opplysninger i datamaterialet før den er tilstrekkelig aidentifisert.	M	Sitte på et lukket rom på Kjeller når jeg transkriberer, samt bruke en pc som ikke er tilkoblet internett.	2

Sannsynlighet:

1: liten.

2: moderat.

3: stor konsekvens.

4: katastrofal konsekvens

Konsekvens:

L: lav

M: moderat

H: høy

SH: svært høy

Vedlegg 2) Forfatterveiledning sykepleien forskning

Forfatterveiledning sykepleien forskning. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forfatterveiledning>.

Om Sykepleien Forskning

Tidsskriftet Sykepleien Forskning er et fagfellevurdert vitenskapelig tidsskrift som blir utgitt digitalt. Vi ønsker å være den foretrukne kanalen for å formidle sykepleieforskning i Norge. Sykepleien Forskning har som mål å være relevant, interessant og praksisnær, med en tydelig klinisk profil. Vi vil også bidra til at helsepersonell leser forskning og bruker forskningsresultater i teori og i praksis.

Sykepleien Forskning er foreløpig indeksert i EBSCO-Cinahl, Nordart og SveMed+, men arbeider med å bli indeksert i flere internasjonale databaser. Forskningsartiklene vi publiserer, er fritt tilgjengelige for alle via internett. Til tider inviterer Sykepleien Forskning en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren publiseres sammen med artikkelen.

Forfattere som publiserer hos oss, beholder copyright til teksten og kan lenke til publikasjonen på våre nettsider, for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i. Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskript til flere eller andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet eller resultatene skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift. Med tidligere publisering menes også publisering i allment tilgjengelige former som aviser, magasiner og på internett, for eksempel institusjonelle arkiver. Dobbeltpublisering og sekundærpublisering aksepteres som hovedregel ikke.

Generelt

Artikkelmanuskript med alle vedlegg sendes elektronisk i Microsoft Word-programmets doc-form.

All tekst skrives med teksttypen Times New Roman, skriftstørrelse 12.

Overskriftene markeres med fet skrift.

Linjeavstand skal være 1,5.

Høyre marginal skal ikke jevnes ut.

Fotnoter skal ikke brukes.

Figurer og tabeller fremstilles på separate sider.

Bruk av fremmedord skal begrenses. Fremmedord skal forklares, og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.

Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig. Unngå bruk av undertittel. Husk at flere og flere leser artiklene på mobiltelefon, slik at titlene bør tilpasses de nye formatene.

Sykepleien Forskning språkvasker antatte artikler, men forfatterne må sørge for at manuskriptet er korrekturlest før innsending. Antall ord er maksimalt 3000 (ikke iberegnet sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

Innhold i manuskriptet som sendes inn:

Artiklene struktureres etter IMRAD-prinsippet. Hovedmanuskriptet (main document) som lastes opp i ScholarOne, skal ha følgende innhold:

1. Tittelside:

Tittel på manuskriptet (maksimalt 75 tegn inkludert mellomrom). Sykepleien Forskning kan endre tittelen for at den skal tilpasses nettformatet bedre og nå ut til et bredere publikum.

- Forfatterens/forfatterens navn, stilling og arbeidssted. Hvis det er flere forfattere av et artikkelmanuskript, presenteres i tillegg kontaktpersonens
- for- og etternavn
- postadresse
- e-postadresse
- telefonnummer

I tillegg skal det fremkomme:

- antall tegn inkludert ordmellomrom og antall ord (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser)
- antall figurer og tabeller

2. Sammendrag

Forfatteren/forfatterne fremstiller et norsk sammendrag. Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres etter følgende overskrifter:

- bakgrunn
- hensikt
- metode
- resultat
- konklusjon

Lengde: maksimalt 300 ord eller 1 500 tegn inkludert mellomrom. Oppgi tre–fem nøkkelord som du enten kan velge fra listen som kommer opp i ScholarOne, eller legge til dine egne. Angi minst ett som viser anvendt forskningsdesign.

Sykepleien Forskning sørger for oversetting av sammendraget til engelsk sammen med hele artikkelen.

Tekstsider

Generelle regler for vitenskapelig tekstproduksjon etterstrebes, og disposisjonen beror på artikkelmanuskriptets karakteristika.

Overskriftene (mellomtittlene) i den løpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med fet skrift.

Språket i artiklene bør ha en aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

Eksempel på aktiv setning: Sykepleieren delte ut medisiner. (Subjektet utfører handlingen – sykepleieren deler ut ...)

Eksempel på passiv setning: Medisinene ble utdelt av sykepleieren. (Subjektet deler ikke ut – medisinene blir utdelt ...)

Du finner gode tips til skriving i det grønne feltet nederst på Sykepleien Forsknings hjemmeside, kalt Skrivetips. Se også redaktørens leder: Slik skriver du gode forskningsartikler

Oppbygging av selve artikkelen

Til artikkelmanuskripter som er basert på empiriske studier, anbefaler vi følgende struktur:

*Introduksjon*_til emnet/tematikken, som avsluttes med: «Hensikten med studien er å ...»

Hensikt med studien og problemstilling(er).

Metodedel. Her beskrives forskningsdesign og metoder samt datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert hvilken tidsperiode og år dataene ble samlet inn, bearbeiding og analyse av dataene, godkjenning av REK, eventuelt Personvernombudet, og andre relevante instanser. Metodedelen skal være kortfattet og tilpasset Sykepleien Forsknings målgruppe.

Resultater. Her presenteres resultatene som besvarer studiens problemstilling i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller, skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren. Vi anbefaler at forfattere som bruker kvantitativ metode, får studien vurdert av en statistiker før den sendes inn.

Diskusjon (validitetsdiskusjon skal inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat). Studiens resultater drøftes i relasjon til problemstillingen og annen internasjonal relevant forskning. Studiens begrensninger/svakheter angir hvilke konsekvenser disse har for tolkning av funnene.

Konklusjon. Implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling. Konklusjonen må fullt ut underbygges av funnene som er gjort.

Figurer og tabeller

Artikkelen kan ha til sammen maksimalt fem figurer og tabeller (tre tabeller og to figurer). Disse kan lastes opp som en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene) eller som egne dokumenter. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminskning til ulike nettformater, som nettbrett og mobiltelefon.

Referanser

Referanser angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. Antall referanser bør ikke overstige tretti. Alle referanser som finnes på internett, skal ha oppgitt korrekt nettside samt nedlastingsdato. Tilleggsinformasjon, som «red.» og «utg.», skrives på norsk, ikke engelsk.

Vedlegg 3) Godkjenning fra Norsk Senter for Dataforskning (NSD)

Sidsel Tveiten
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO



Vår dato: 22.06.2018 Vår ref: 61140 / 3 / BGH Deres dato: Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.06.2018.
Meldingen gjelder prosjektet:

61140	Rekruttering til helsepedagogiske tiltak
Behandlingsansvarlig	OsloMet - Storbyuniversitetet, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Sidsel Tveiten
Student	Kristine Svegården

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- OsloMet - Storbyuniversitetet sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at OsloMet - Storbyuniversitetet er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileders) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endrings skjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt Ved prosjektslutt 01.01.2020 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74 / belinda.helle@nsd.no

Vedlegg 4) Godkjenning fra personvernombudet sykehuset

Forenklet meldeskjema for student/mastergradsprosjekter

Mastergradsprosjekter og andre typer studentprosjekter som er tilrådd av eksternt personvernombud, og som ikke behandler sensitive personopplysninger, kan benytte dette meldeskjemaet. Det forutsettes at bruk av sykehusets tid og ressurser er godkjent av avdelingsleder (nivå 3). Dersom ett av utsagnene ikke stemmer overens med prosjektets formål og gjennomføring, må ordinært meldeskjema benyttes. Avdelingsleder kontrollerer at skjema er fylt ut og relevante dokumenter lagt ved, og godkjenner prosjektet. Det er ikke nødvendig å avvente personvernombudets tilråding.

Følgende dokumentasjon oversendes til avdelingsleder, med kopi til:

- Tilråding fra eksternt personvernombud
- Prosjektbeskrivelse
- Informasjons- og samtykkeskriv

1 INFORMASJON OM ANSVARLIG FOR PROSJEKTET	
Navn (student): Kristine Svegården.	Tlf (student): 97541281. E-postadresse (student): s318385@oslomet.no
Navn og stilling (veileder): Sidsel Tveiten, professor ved Oslomet.	Forskningsansvarlig/databehandlingsansvarlig virksomhet: Kristine Svegården, Oslomet.
2 Prosjektet er godkjent av avdelingsleder ved sykehuset (obligatorisk)	
<input checked="" type="checkbox"/> Ja.	Avdeling hvor prosjektet gjennomføres: Avdeling for Hjertesykdommer.
Navn, stilling: Avdelingssjef	Divisjon eller klinikk: Avdeling Samhandling og helsefremmende, Enhet for medisin og helsefag
3 PROSJEKTETS NAVN/TITTEL	
«Rekruttering til helsepedagogiske tiltak»	
4 PROSJEKTETS FORMÅL	
Formålet med studien er å skape grunnlag for å videreutvikle tilbudet om deltakelse på Hjerteskolene.	
5 PROSJEKTETS VARIGHET	
Studiestart og studieslutt: 13.08.2018 - 15.05.2019.	
6 ERKLÆRING OM PROSJEKTET	
Avsender erklærer at samtlige utsagn er korrekte (sett kryss):	
<input checked="" type="checkbox"/> En høgskole / et universitet i Norge er databehandlingsansvarlig for prosjektet	
<input checked="" type="checkbox"/> Prosjektet er ikke søknadspliktig til REK.	
<input checked="" type="checkbox"/> Prosjektet er meldt til NSD.	
<input checked="" type="checkbox"/> Deltagerne samtykker skriftlig.	
<input checked="" type="checkbox"/> Samtykket er utformet i tråd med vilkårene i NSDs tilråding.	
<input checked="" type="checkbox"/> Deltagerne er kun ansatte ved sykehuset.	
<input checked="" type="checkbox"/> Det registreres ingen sensitive personopplysninger, slik som informasjon om deltagerens helse.	
<input checked="" type="checkbox"/> Det registreres ingen sensitive personopplysninger om andre personer.	
<input checked="" type="checkbox"/> Det søkes om avdelingsleder(e)s godkjenning av deltageren i prosjektet.	
<input checked="" type="checkbox"/> Det søkes om avdelingsleder(e)s godkjenning til bruk av deltagerens arbeidstid (hvis aktuelt).	
7 LAGRING AV DATA	
Skal elektroniske data som samles inn lagres ved sykehuset? (x) Nei	
8 DATO FOR UTFYLLING (fylles ut av prosjektleder)	
Sted og dato: Oslo, 09.08.2018.	Utfylt av: Kristine Svegården.

Vedlegg 5) Informasjon og forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet «Rekruttering til helsepedagogiske tiltak»

Bakgrunn og formål

Formålet med studien er å skape grunnlag for å videreutvikle tilbudet om deltakelse på Hjerteskolens. Dette er et masterprosjekt som gjennomføres av en student ved Oslo Metropolitan University i samarbeid med et sykehus på Østlandet. For å belyse fenomenet som skal undersøkes er det nødvendig med et strategisk utvalg. Utvalget velges derfor på bakgrunn av bestemte kjennetegn. Utvalget vil bestå av leger, fysioterapeuter og sykepleiere fordi det er disse som vanligvis informerer og inviterer til Hjerteskolens.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Datainnsamlingen vil foregå ved bruk av individuelle, semi strukturerte, intervjuer. I de individuelle intervjuene er det ønskelig med fyldige og detaljerte beskrivelser av informantens forståelser, erfaringer, oppfatninger, meninger og refleksjoner knyttet til informasjonsformidling og rekruttering til Hjerteskolens. Intervjuene vil bli gjennomført på et uforstyrret rom på sykehuset i arbeidstiden til informantene. Intervjuet vil ha en varighet på omtrent halvannen time og data vil bli registrert ved bruk av lydopptak.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Fordi utvalget er lite og tre ulike yrkesgrupper skal intervjues vil ikke faglig bakgrunn bli oppgitt i publikasjonen med tanke på at personer ikke skal kunne identifiseres og gjenkjennes. De som vil ha tilgang til personopplysninger vil være masterstudenten og veileder. Personopplysninger og opptak vil bli lagret i på en minnepenn som vil være innelåst i et skap på Oslo Metropolitan University, avdeling Kjeller før materialet blir transkribert og anonymisert. Når materialet skal transkriberes vil masterstudenten låne en data fra studiestedet som ikke har internettilgang. Transkriberingen vil skje på Oslo Metropolitan University, avdeling Kjeller. Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen. Prosjektet skal etter planene avsluttes innen 15.05.19. Når masteroppgaven er bestått vil det søkes om å få den publisert i et vitenskapelig tidsskrift.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet. Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Kristine Svegården på telefon 97541281. Kontaktopplysninger til veileder, professor Sidsel Tveiten, er 99707958. Studien er meldt til personvernombudet for forskning (NSD) og personvernombudet ved sykehuset.

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

Dato og sted: _____

Vedlegg 6) Godkjenning av sammendrag

Godkjenning av sammendrag



Masterstudie i Empowerment og helsefremmende arbeid
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Godkjenning av sammendrag

Studentens navn: Kristine Svegården.

Født: 29.08.1990.

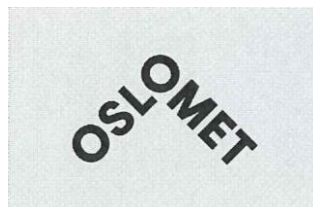
Jeg bekrefter at jeg har godkjent sammendraget til studentens masteroppgave.

2/5-19 Ingrid Lovén

Dato, signatur veileder

Vedlegg 7) Deltagelse på masterseminar

Deltagelse på masterseminar



Masterstudie i Empowerment og helsefremmende arbeid Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Bekreftelse - deltagelse på masterseminar

Studentens navn: Kristine Svegården

Født: 29.08.90

Jeg bekrefter at studenten har deltatt på minst 5 masterseminar, og at han/hun minst en gang har lagt frem tematikk eller problemstillinger fra egen oppgave og opponert på en medstudents fremlegg i masterseminar.

25-19 *Sivert Toresen*

Dato, signatur veileder