



# Masteroppgave

Masterstudium i Empowerment og helsefremmende  
arbeid  
Mai 2020

«Meninger og refleksjoner ansatte i bolig for  
mennesker med utviklingshemming har når det  
gjelder empowermentprinsippene og praktisering av  
disse»

Kandidatnavn: Siw Renée Eikrehagen

Emnekode: MAPO 5900

Antall ord: 6996

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY

## **Sammendrag**

Empowermentprinsippene brukermedvirkning, anerkjennelse og maktomfordeling er sentrale begreper innenfor tjenestene til mennesker med utviklingshemming. På tross av klare lovverk og nasjonale føringer, blir det stadig avdekket svikt i tjenesteytingen. Hensikten med studien var å fremskaffe kunnskap om hvordan ansatte i bolig for mennesker med utviklingshemming forsto empowermentprinsippene. Kunnskapen kunne bidra til å belyse hvor det burde settes inn kompetansehevende tiltak for å få til en praksis basert på empowerment. Studien er eksplorativ og deskriptiv, forankret i kvalitativ metode. Fokusgruppediskusjon er benyttet i datainnsamlingen, hermeneutiske fortolkningsprinsipper er brukt i analysen av data.

Problemstillingen er: "Meninger og refleksjoner ansatte i bolig for mennesker med utviklingshemming har når det gjelder empowermentprinsippene og praktisering av disse".

**Nøkkelord:** Brukermedvirkning, anerkjennelse, maktomfordeling, utviklingshemming, bolig, ansatte.

## **Summary**

The empowerment principles of user participation, recognition and redistribution of power are central concepts in the services of people with learning disabilities. Despite clear laws and national guidelines, service failures are constantly being revealed. The purpose of the study was to provide knowledge about how employees in housing for people with learning disabilities understood the principles of empowerment. The knowledge could help elucidate where competence-enhancing measures should be put in place to create a practice based on empowerment. The study is explorative and descriptive, rooted in qualitative method. Focus group discussion is used in the data collection, hermeneutical interpretation principles are used in the analysis of data.

The problem is: "The opinions and reflections of employees in housing for people with learning disabilities have regarding the principles of empowerment and their practice".

**Keywords:** User participation, recognition, redistribution of power, developmental disabilities, housing, employees.

## INNHALDSFORTEGNELSE

Introduksjon og bakgrunn.....	5
Hensikt og formål.....	7
Design og metode.....	7
Utvalg og respondenter.....	7
Kvalitativ innholdsanalyse.....	8
Etiske aspekter.....	9
Resultater.....	9
Hovedkategori 1.....	9
Underkategori 1A.....	9
Underkategori 1B.....	10
Hovedkategori 2.....	11
Underkategori 2A.....	11
Underkategori 2B.....	13
Hovedkategori 3.....	14
Underkategori 3A.....	14
Underkategori 3B.....	16
Diskusjon.....	17
HK 1.....	17
HK 2.....	18
HK 3.....	19
Studiens styrker.....	20
Studiens begrensinger.....	20
Konklusjon.....	20
Tabeller .....	22
Litteraturliste.....	23

Vedlegg 1, 2, 3 .....	27
Vedlegg 4 .....	28
Vedlegg 5 .....	31
Vedlegg 6 .....	32

## Introduksjon og bakgrunn

Studien fokuserte på meninger og refleksjoner ansatte i bolig for mennesker med utviklingshemming har når det gjelder empowermentprinsippene og praktisering av disse. Empowerment i denne studien forstås som brukermedvirkning, anerkjennelse av at brukeren er ekspert på seg selv og maktfordeling.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har sterke føringer for helsefremmende arbeid. Tre sentrale prinsipper er vektlagt: medvirkning, brukeren er ekspert på seg selv og maktfordeling. Disse prinsippene kan forstås som hovedprinsippene i empowermenttenkning (Tveiten & Boge, 2014). WHO (1986) definerer helsefremmende arbeid som "prosessen som setter folk i bedre stand til å få økt kontroll over og forbedre og bevare sin helse". Empowerment er en viktig del av helsefremmende arbeid, hvor hovedmomentene er at hvert enkelt menneske skal ha innflytelse og kontroll over faktorer som påvirker helsa (Mæland, 2016).

Stortingsmelding 45 ((2012-2013), 2013), Frihet og likeverd, slår fast at alle mennesker har samme verdi. Mennesker med utviklingshemming har like muligheter, rettigheter og plikter som funksjonsfriske mennesker, og skal sikres medvirkning og samtykke i alle livets forhold. I etterkant av meldingen ble konklusjonen at målene ikke var oppnådd, og utviklingen hadde gått i feil retning på enkelte områder. Et utvalg ble nedsatt for å foreslå tiltak for å bedre situasjonen for mennesker med utviklingshemming (NOU 2016:17, s. 13).

Norge ratifiserte FN konvensjonen i 2013. Den fastslår at mennesker med funksjonsnedsettelse skal ha individuell selvstendighet og uavhengighet, med rett til å treffe egne valg (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013).

Betegnelsen psykisk utviklingshemming brukes på personer som har intellektuell og praktisk fungering under normalområdet (Bakken, 2015). Variasjon i funksjonsnivå og væremåte er større i denne gruppen enn i befolkningen generelt. Det er fire ulike grader utviklingshemming: lett- (IQ 50-68), moderat- (IQ 35-49), alvorlig- (IQ 20-34) og dyp utviklingshemming (IQ <20) (WHO, 1992). Utfordringene består blant annet av forsinkede / reduserte kognitive-, språklige-, motoriske og-/eller sosiale ferdigheter (Bakken, 2015; Helsedirektoratet, 2015).

Brukermedvirkning og selvbestemmelse er en rett alle mennesker har (Pasient- og brukerrettighetsloven [pbrl], 1999, §3-1; Meld. St. 45 (2012-2013)). Samhandlingsreformen

(Meld. St. 47 (2008-2009)) har fokus på brukermedvirkning, målet er at brukerne skal ha reell innflytelse på egen livssituasjon. Omsorg 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) vektlegger at den fremtidige helse- og omsorgstjenester skal skje i samarbeid med brukere og pårørende. Helse- og omsorgstjenesteloven (2011), kapittel 9, har som formål å forebygge og begrense bruk av makt og tvang.

Et landsomfattende tilsyn med helse- og omsorgssektoren avdekket at brukerne i liten grad medvirket i utforming og evaluering av eget tjenestetilbud (Helsetilsynet, 2017). Flere kommuner bar preg av svak styring og uforsvarlig tjenesteyting til mennesker med utviklingshemming.

For personer med utviklingshemming er det avgjørende at ansatte handler i tråd med yrkesetiske retningslinjer og tilrettelegger for selvbestemmelse (Bakken, 2015). Dette er i tråd med studie gjort av Wehmeyer og Garner (2003). Studien avdekket at tilrettelegging i omgivelsene er den faktoren som påvirker selvbestemmelsen hos voksne med utviklingshemming i størst mulig grad. God psykisk helse henger sammen med å kunne påvirke omgivelsene sine (Bakken, 2015).

Antall tvangsvedtak i tjenesten for mennesker med utviklingshemming har økt fra 250 til 1400 i perioden 1999 til 2015, med sannsynlighet for mørketall (Berge & Ellingsen, 2017). En studie utført av Rommetveit og Tollefsen (2014) viste til at kunnskap om relasjonskompetanse hos ansatte, samt bevissthet rundt personalets forebyggende rolle - kan redusere bruken av makt og tvang.

Ellingsen og Kittelsaa (2010) viser i studie til at mennesker med utviklingshemming ofte spør tjenesteytere om råd før de tar avgjørelser. Dette underbygger viktigheten av bevissthet rundt egen rolle som tjenesteyter og påvirkningskraft man har på den enkelte bruker.

Empowerment-begrepet er brukt i ulike sammenhenger, noe som fører til mange måter å forstå og tolke begrepet på (Tveiten & Boge, 2014). Felles for definisjonene er at alle deler et positivt syn på mennesket (Askheim, 2012; Tveiten & Boge, 2014). Kemm (2015) beskriver individuell empowerment som en prosess hvor menneskers kunnskap, ferdigheter og selvsikkerhet øker. Dette setter personen i stand til å ta egne avgjørelser, noe som gir økt selvfølelse. Empowerment kan handle om å hjelpe en person til å samle styrke og ressurser, slik at personen kan mestre hverdagen og hverdagens utfordringer på tross av sine funksjonsnedsettelse (Askheim, 2012). Omfordeling av makt er hovedtanken i empowerment

tenkningen, det oppnås ved å flytte deler av makten fra ansatt over til bruker ved at bruker får større medvirkning i egen behandling, samt møter anerkjennelse for å kjenne sin egen situasjon best (Tveiten & Boge, 2014). Empowerment kan sees som rammeverk for helsefremming (Kemmer, 2015).

Studie utført av Tveiten, Haukland og Onstad (2011) finner at systemet har påvirkningskraft på hvordan empowermentprinsippene blir praktisert i psykiatrisk tjeneste, og konkluderer med at det trengs flere studier på feltet. Det er i tråd med annen studie utført av Tveiten, Onstad og Haukland (2015), hvor de ser på praktisering av empowermentprinsippene ved et distriktpspsykiatrisk senter. Studien konkluderer med at empowerment i praksis er lettere sagt enn gjort, og det er behov for mer forskning på emnet.

På tross av klare lovverk, nasjonale føringer og studier på feltet - blir det stadig avdekket svikt (Helsetilsynet, 2017; Kommunal Rapport, 2019). Som fagperson anser jeg det nødvendig å fremskaffe mer kunnskap om meninger og refleksjoner ansatte i tjenesten for mennesker med utviklingshemming har når det gjelder empowermentprinsippene og praktisering av disse.

## **Hensikt og formål**

Hensikten med studien var å fremskaffe kunnskap om ansatte i tjenesten for mennesker med utviklingshemming sine meninger og refleksjoner når det gjaldt empowermentprinsippene og praktisering av disse. Kunnskapen kunne bidra til å belyse hvor det bør settes inn kompetansehevende tiltak for å få til en praksis i bolig, basert på empowerment.

Problemstillingen er: *"Meninger og refleksjoner ansatte i bolig for mennesker med utviklingshemming har når det gjelder empowermentprinsippene og praktisering av disse"*

## **Design og metode**

Studien er eksplorativ og deskriptiv, kvalitativ metode ved fokusgruppediskusjon ble brukt i datainnsamlingen. Hermeneutiske fortolkningsprinsipper er benyttet til analysen av data.

Fokusgruppediskusjon er egnet når man ønsker å lære noe om erfaringer, holdninger og synspunkter i miljøer der flere samhandler (Dalland, 2007; Malterud, 2017). Målet var at deltakerne skulle bli inspirert av hverandre, og komme på nye erfaringer og synspunkter underveis i diskusjonen.

## **Utvalg og respondenter**

Forskeren kontaktet boligledere for spørsmål om deltakelse på personalmøter. I håp om at interaksjonen mellom ansatte kunne brukes til å få frem data, var ønsket deltakere fra samme bolig i hver fokusgruppe. Turnusarbeid kunne gjøre det utfordrende å få nok deltakere til studien utenom arbeidstid, personalmøter ble derfor valgt som arena. 45 ansatte utgjorde 5 fokusgruppediskusjoner. Alle ble intervjuet en gang. Enkelte av deltakerne var på jobb, mens noen kom kun for møtet. For å kartlegge demografiske variabler fylte deltakerne ut et avkrysningskjema i forkant av diskusjonene. Fokusgruppene besto av 6 – 14 deltakere fordelt på begge kjønn og ulike faggrupper (se tabell 1 og 2 under). 82% av deltakerne var mellom 30 – 62 år, 64% hadde over 76% stilling og 59% av deltakerne hadde over 10 års erfaring fra tjenester for funksjonshemmede.

Tabell 1: Fordeling av kjønn i de ulike fokusgruppene

Tabell 2: Fordeling av yrkesgrupper i de ulike fokusgruppene

Forskeren var moderator. En medstudent var sekretær på en av gruppediskusjonene, for å gi forskeren tilbakemelding på moderatorrollen.

En intervjuguide bestående av spørsmål knyttet opp imot empowermentprinsippene ble brukt i fokusgruppediskusjonene. Temaene var: Forståelse av brukermedvirkning, anerkjennelse av at brukeren er ekspert på seg selv, makt, maktfordeling – samt hvordan empowermentprinsippene ble praktisert i boligen. Avslutningsvis var det mulighet for å ta opp tidligere stilte spørsmål, eller komme med andre innspill. Deltakerne ble oppfordret til diskusjon seg imellom, det ble presisert at det ikke fantes "rette" eller "gale" svar. Målet med diskusjonene var å få frem så mange ulike synspunkter som mulig, med minst mulig føring fra moderator.

Fokusgruppediskusjonene varte fra 38 minutter til 53 minutter, og fant sted på personalrommet i hver bolig. Samtalene ble tatt opp på lydfil.

## **Kvalitativ innholdsanalyse**

Lydfilene ble transkribert av moderator i etterkant av hver fokusgruppediskusjon. Datagrunnlaget utgjorde 90 sider, skriftstørrelse 12 og linjeavstand 1,5. Den transkriberte teksten ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering, en tverrgående analysemetode (Malterud, 2017). Analyseprosessen startet med at forskeren leste gjennom transkripsjonene gjentatte ganger for å danne et helhetsinntrykk. Helhetsinntrykket ble notert og diskutert med veiledere. Prosessen fortsatte med å identifisere meningsbærende enheter



knyttet til forskningsspørsmålet. 89 meningsbærende enheter ble kondensert til seks underkategorier. Avslutningsvis ble underkategoriene drøftet, forsker og veiledere ble enige om tre hovedkategorier.

## **Etiske aspekter**

Studien er regulert av helseforskningsloven (2008) og forskningsetikkloven (2006). Den ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (Nr. 625758). Det ble foretatt ROS-analyse knyttet til studien. Boligledere samtykket til å gjennomføre fokusgruppediskusjonene på personalmøter. I forkant av studien ble det sendt skriftlig informasjon til boligen om forskeren, prosessen og studiens formål. Moderator informerte muntlig om studien i forkant av fokusgruppediskusjonene, alle deltakerne gav skriftlig samtykke til deltakelse. Det ble presisert at deltakelse var frivillig, og at de kunne trekke seg fra studien inntil analyseprosessen var i gang, uten å oppgi grunn. Det ble garantert for anonymiteten under hele prosessen, samt at det ble opplyst om kontaktinformasjon.

## **Resultater**

Analysen resulterte i tre hovedkategorier og seks underkategorier:

1. Utvikling når det gjelder praksis og rasjonale.
2. Vanskelig balanse mellom paternalisme og autonomi.
3. Betydningen av å møte brukeren der han / hun er.

Tabell 3: Hovedkategorier og underkategorier

### **Hovedkategori 1: Utvikling når det gjelder praksis og rasjonale**

Fokusgruppediskusjonene viste at det har vært utvikling i praksis de siste 20 årene når det gjelder brukermedvirkning. Underveis i diskusjonene skjedde det en utvikling i begrepsforståelsen.

#### **Underkategori 1A: Praksis i utvikling.**

Flere deltakere hadde lang erfaring fra tjenesten og kunne sammenlikne tjenesten over tid. Det ble vist til eksempler om endring i praksisen de siste 20 årene, brukermedvirkning var tidligere et ukjent begrep i praksis. En deltaker fortalte om tidligere erfaring, hvor primærkontakt funksjonen innebar en "mammarolle":

Jeg jobba et sted hvor de til og med ringte meg hjem, siden jeg var primæren, om de fikk lov å bytte gardiner. Ja, det var litt sånn, vi var helt der altså. Beboerne ble aldri spurt på noen ting.

Tidligere praksis var at brukerne ikke fikk bestemme hva de skulle spise til middag eller når de skulle legge seg. En deltaker viste til holdninger om at tjenesteyterne måtte stå på krava overfor brukeren, ellers ble de bortskjemte. Enkelte ansatte opplevde at dette fortsatt preget noen brukere. De måtte stadig forklare brukere at ansatte ikke bestemmer alt, selv om de var primærkontakt.

En deltaker trakk frem lovverket som betydningsfullt for utviklingen:

Gjennom mine år med dette her, så har jeg opplevd at vi har jobba, alt som skulle gjøres skulle være innenfor en boks. Pang, pang, pang, sånn er det. Og veldig lite brukermedvirkning. Til i dag hvor det er helt annerledes. Så lovverket spiller inn.

### **Underkategori 1B: Refleksjon åpner for bevissthet rundt maktposisjonen man besitter som helsepersonell.**

Makt var tema i fokusgruppediskusjonene. I løpet av diskusjonene skjedde det en utvikling i bevisstheten når det gjaldt makten man har i kraft av å være helsepersonell. En deltaker sa:

Jeg tenker at det kommer jo fram mer nå som vi diskuterer, som du sier at du ser ikke på det som makt i hverdagen til vanlig. Når du da sitter sånn som nå, du snakker om det. Så blir det sånn der: "Åh, ja. Var det sånn det var".

Enkelte deltagere fremsto i starten ikke bevisst makten helsepersonell har over tjenester brukerne er avhengig av dem for å få. Gjennom diskusjon kom det etter hvert frem at brukerne var avhengige av personalet for å få lommepenger, for å dra på aktiviteter og for administrering av medisiner. En deltaker uttalte: "Det er litt merkelig å tenke på egentlig, hvor stort, hvor mye dem er avhengig av oss, av forskjellige grader". En annen deltaker fortsatte: "Eller vi har stor makt over de da. De er avhengige av oss for å få mat. Stell. Gå på do".

Viktigheten av refleksjon kollegaer imellom ble fremhevet. Å dele erfaringer for å forstå at andre møter de samme utfordringene som deg, ble nevnt som viktig faktor for trivsel og

trygghet i jobben. Refleksjon ble og ansett som et verktøy for å styrke kompetansen i personalgruppa. En deltaker sa:

Det jeg setter veldig pris på i forhold til det med makt, er at vi synes det er forferdelig vanskelig. I hvert fall i den gruppa jeg er i, og vi diskuterer det mye. Ikke alltid har vi en løsning eller et svar. Og jeg tror kanskje det er viktig, å ha det litt sånn framme i pannelappen, den bevisstheten rundt at, okey, dette var ikke greit, dette må vi kanskje tenke oss om på, det må vi huske på til neste gang, det ble litt "too much", nå trampa jeg over streken, også klare å gjøre de refleksjonene daglig. Det tror jeg er viktig.

I en annen fokusgruppe uttalte en deltaker: "Det er ofte før vi skal inn og gi en beskjed, eller si noe, at vi snakker om det her først. Hvordan kan jeg legge frem det, så det ikke blir tatt som tvang og makt". En annen deltaker fulgte opp: "Eller vi sier det at, vet du hva? Jeg sa det jeg, det var ikke feil det? Det var ikke makt det?". En deltaker konkluderte med at vi er ikke gode alene, vi er nødt til å snakke sammen for å lykkes.

## **Hovedkategori 2: Vanskelig balanse mellom paternalisme og autonomi.**

Hovedkategorien omhandler etiske utfordringer ansatte opplevde, på bakgrunn av svakt kognitivt nivå hos mange av brukerne. Ansatte viste til en arbeidshverdag preget av gråsoner, hvor det ble balansert på "en tynn knivsegg".

### **Underkategori 2A: Hverdag preget av etiske dilemmaer på bakgrunn av brukernes kognitive nivå.**

Diskusjonene tydeliggjorde en hverdag preget av stadige etiske dilemmaer. Ansatte opplevde å være i en skvis mellom omsorgsrollen og lovverket, mye på grunn av det lave kognitive nivået hos flere av brukerne. En deltaker uttalte:

Jeg tenker at vi som helsepersonell er i en posisjon, der vi har enormt stort ansvar for andre menneskers ve og vel. Hvis man ikke tenker seg veldig godt om, i forhold til etikk og moral, kan man komme til å gjøre maktsituasjoner som kanskje ikke var planlagt, eller vondt ment, men man komme opp i de, fordi man har den rollen man har. Fordi vi har veldig stor påvirkningskraft, til å styre og ta valg i andres liv.

Det nevnes flere eksempler fra praksis hvor det tydelig kommer frem situasjoner som oppleves utfordrende. En deltaker sa: "Vi kan komme i dilemmaer der beboer vil noe veldig gjerne, men som vi ikke kan innfri, eller vi faktisk må stoppe, på grunn av at det ikke er bra helsemessig". Her var temaet røyking og alkoholbruk, og at man som ansatt noen ganger må ta styringen. Ansatte så det som sin plikt å ta avgjørelser man mente var til brukerens beste, selv om det ikke var i tråd med brukerens ønsker. En annen deltaker uttalte:

Hvis vi ikke hadde bestemt over han, så hadde han jo kjøpt bare sjokoladepudding og sjokolademelk. Han kan jo ikke leve på det heller. Så vi må jo bestemme at, nei, ikke i dag. Eller ja. Kan jo ikke bare få lov å kjøpe det han vil heller. Da hadde det ikke blitt mye mat. Så selv om det er en type makt, så er det jo også en veiledning.

Her ble viktigheten av tilrettelegging vektlagt, og hva som gjøres i forkant av handleturen / måltidet. Har brukeren fått medvirke i meny- og handleliste?

Ansatte opplevde det som vanskelig å se på at brukerne tok "gale" valg. En annen utfordring var brukere som ikke ønsket hjelp eller veiledning. En deltaker sa:

Men hva med de som på en måte, som bare trekker seg inn, det synes jeg er litt vanskelig. Det er jo brukervedvirkning når vi, vi skal jo høre på alt og respektere det og sånn, også skal du bare gå å se på en måte at dem forfaller, ikke kommer seg opp, bare blir i senga, blir større og større, får dårligere helse.

Flere trakk frem dilemmaet: Hvor langt skal brukervedvirkning og anerkjennelse strekkes, før det blir ansett som omsorgssvikt. En deltaker uttalte:

...., så tenker jeg vel egentlig at man ofte blir satt i et dilemma hvis man strekker det med brukervedvirkning for langt, fordi man også skal lage struktur, forutsigbarhet, trygge rammer, som vi på en måte vet er så viktig også.

En annen deltaker kom inn på utfordringer i forhold til prinsippet "brukeren kjenner seg selv best", når det gjelder mat. Dersom brukerne kun skulle spise det de hadde lyst på til enhver tid, gikk man på akkord med det som var god omsorg ifølge deltakeren. En tredje deltaker sa:

Det kan være litt vanskelig det med maktfordeling. Til dels bruker vi det veldig forskjellig, men gjør vi det vi snakker om nå, i en annen sammenheng, og det skulle dreie seg om ens egne barn, så skulle man jo mene at det er omsorg. Få et variert kosthold, og ikke bare spise sjokoladepudding. Det er jo en utøvelse av makt, det er det jo i aller høyeste grad, men samtidig så er det jo et, den utøvelsen av makt må jo til for at, de brukerne er jo ikke i stand til å ta de gode valgene selv.

Utsagnet ble fulgt opp av en annen deltaker:

Man blir litt foreldre og, man er liksom ikke bare ansatt. Man har jo flere roller da, man tar nesten på seg en sånn foreldrerolle innimellom, og plutselig så er man i vennerolle, altså vi har forskjellige hatter vi tar på oss da, så er det å balansere det. Det er jo en av de største utfordringene vi har, hvor man er kompis det ene øyeblikket, mor det neste, tante....

### **Underkategori 2B: Praksis preget av usikkerhet og gråsoner**

På barneavlastningen opplevde ansatte store utfordringer i forhold til svært lave kommunikasjonsferdigheter hos brukerne. I forhold til temaet "brukeren kjenner seg selv best", opplevde ansatte det som vanskelig. En deltaker sa: "Men det er jo litt vanskelig da, når man har så mange begrensinger som de barna vi har her, kjenner de seg selv best? Jeg tror vel egentlig ikke at man gjør det kanskje". En annen deltaker uttalte: "Også har dem liksom så mange begrensinger. De mangler språk og sånne ting. Det gjør det og mye vanskeligere å være sikker på at det de føler er best, er best".

I en fokusgruppe nevnte en deltaker opplevelsen av å balansere på en "enorm knivsegg" hele tiden, når det gjaldt å overvurdere / undervurdere en bestemt bruker. Den ansatte opplevde til stadighet å kjenne på følelsen av å "stå over" brukeren i samhandling. En annen deltaker fulgte opp med: "Er vi miljøarbeidere eller er vi fangevoktere"? Det ble tatt opp en episode hvor ansatte hadde gått med synlige tjenestebevis ute på tur med bruker. Brukeren hadde selv sagt at det føltes som de ansatte var fangevoktere. Dette førte til refleksjoner rundt maktbalansen ansatt / bruker.

Det kom frem at det var viktig med bevissthet rundt maktposisjonen sin som helsepersonell. En deltaker sa: "Vi har nok helt sikkert brukere som vil ta våre valg bare vi anbefaler de sterkt nok. De gjør det ikke fordi at de sjøl har tatt valget, men fordi de har blitt påvirket av hva vi mener". En annen deltaker uttrykte: "Jeg tror mye av makta er sånn, veldig sånn gråsone, også kanskje hvordan du ordlegger deg".

Det ble nevnt utfordrende situasjoner hvor brukerne ikke hadde noen forutsetninger for å ta egne valg. Dersom man frøys selv – måtte man anta at brukeren frøys. Eller brukere som ikke hadde forutsetning for å kunne velge farge på genseren sin, hvor man måtte prøve å tolke de bitte små signalene.

### **Hovedkategori 3: Betydningen av å møte brukeren der han / hun er.**

Hovedtemaet omhandler at brukerne har behov for individuelle tilpasninger. Personer med utviklingshemming er like forskjellige som funksjonsfriske mennesker.

#### **Underkategori 3A: Tjenesteyters rolle: tilrettelegge for at brukeren skal være i stand til å ivareta egen integritet.**

Diskusjonene viste stor samstemmighet om at brukeren er "herre i eget liv", og skal være mest mulig delaktig i beslutninger som tas i hverdagen. Dette gjelder alt fra menylistene, jobb, aktiviteter, hvordan leiligheten skal se ut og når brukerne ønsker å stå opp / legge seg. En deltaker sa:

Vi skal jo liksom være brukerens forlengede arm, se hvert individs ressurser. Og tilrettelegge for at de skal kunne utnytte sine ressurser, og styrke de videre. Sånn at de skal bli mest mulig selvhjulpne. Få minst mulig, ja, bistandshjelp fra personalet.

En annen deltaker uttalte: "Det er jo det å gi brukeren størst mulighet til å ha noe å si i alt man gjør. Vi skal helst veilede og hjelpe til, ikke bestemme alt". I alle diskusjonene ble det fremhevet at brukerne skulle ha mulighet til å ta egne valg og få lov til å uttrykke hvordan de hadde det. Det ble poengtert at valgmulighetene måtte legges frem på en måte som den enkelte bruker forsto. Brukere uttrykker sine behov ulikt, så det var avgjørende å "se" hver enkelt bruker. Samtidig måtte ansatte være våkne for ulike signaler brukeren kunne komme med. En deltaker sa: "At de på en måte får anledning til å bruke evnene og mulighetene de har da, på alle aktiviteter". En annen uttrykte: "..., det er vår jobb da, å legge til rette sånn at de

har et godt nok beslutningsgrunnlag til å kunne ta de valgene som er viktige for seg selv".

Ansatte opplevde også utfordringer rundt dette i praksis. En deltaker sa:

Jeg har reflektert mye over det når jeg har jobba med en som kan uttrykke seg så sterkt, i forhold til ønsker og behov, og ikke alltid tar de riktige valgene. Men vi må på en måte veilede, og det er der rollen vår er når man har lov til å ta dårlige valg, og det må vi stå å se på.

Viktigheten av å kjenne brukeren og dens situasjon ble trukket frem. En deltaker sa:

Men der kommer jo viktigheten av at vi faktisk gjør noe for å virkelig vite hvem vi har foran oss. Altså at vi har prøvd og satt oss inn så godt som mulig, forhørt oss med kollegaer og permer og alt sånn, hvem er det her mennesket, hvor ligger begrensningen. Det må man jo vite når man skal veilede et menneske, og respektere deres valg.

En annen uttrykte: "Krever jo at du kjenner han veldig godt da. Kommer det to stykker som ikke kjenner personen så blir det jo bare makt og tvang. Kontra hvis det er noen som kjenner han litt". Betydningen av relasjonen bruker – tjenesteyter ble trukket frem. En deltaker uttalte: "Da går det på den kommunikasjonen, relasjonen du har med brukeren. Relasjon så du kan veilede i riktig retning".

Studien viste at ansatte hadde respekt for brukerne som mennesker og så de som individuelle personer. En deltaker sa: "Jeg tenker ikke nødvendigvis at det betyr at brukeren får rett, men at han blir hørt. Og får være med å påvirke sin situasjon, sin hverdag". En annen deltaker uttalte: "At dem blir sett. At vi ser dem og leser dem. For veldig ofte så sier kroppen noe annet enn det stemmen sier. Vi må være obs på at de har flere språk".

Det ble flere ganger trukket frem ansattes rolle som motivator. En deltaker uttalte:

..., så vi prøver jo å motivere til at de gjør det de skal gjøre, og det er jo noe de godkjenner sjøl, at de vil vi skal gjøre. Også er det visse dager som er dårlige, hvor de ikke helt er enige i det da. Da er det bare å motivere.

Det ble diskutert hvorvidt funksjonsnivået til brukerne hadde betydning for muligheten til å medvirke. Inntrykket var at ansatte mente alle hadde mulighet til å medvirke på noe, uansett funksjonsnivå. utfordringer med å vite hvorvidt brukerens atferd skyldtes at den ønsket å unngå situasjoner, for eksempel ikke ønsket å være på skolen, ble også nevnt. En deltaker sa:

Det er jo noen ganger vi faktisk ikke lar dem medvirke, men da er det på grunnlag av at vi kanskje tenker at det er en annen slags atferd da. For hvis du opprettholder den, får du et problem der igjen. Så det er vanskelig.

En deltaker tok opp betydningen av hvordan noe ble lagt frem, om brukeren oppfattet det som krav eller veiledning. Det kunne få to helt ulike utfall. Dette gjaldt for eksempel når man skulle på butikken. Veiledning burde ifølge ansatt foregå i forkant av butikkturen, ikke i butikken. Deltakeren sa videre: "Så ser jeg ofte at det er vi kanskje som legger til rette for uønsket atferd, på mange måter, ved å være ubevisste". Et eksempel var at ansatt tok med seg en is i butikken, uten å tenke seg om. Dette er i tråd med hva en deltaker i en annen fokusgruppe uttalte:

Det som er vanskelig, synes jeg da, er at du skal formidle hva som er bra, hva som er helsefremmende, hva som er god helse, også unnskylder du deg og sier at nå går jeg og tar meg en røyk. Eller spiser pizza, eller smeller i deg noe godteri. Det er jo sånne ting som kanskje vil gjøre det vanskelig for brukeren å ta til seg informasjonen du gir.

### **Underkategori 3B. Bruk av makt og tvang er noen ganger en nødvendighet og til brukerens beste.**

Maktbegrepet fremsto gjennom diskusjonene kompleks for flere av deltakerne. Det var bred forståelse for at makt består av både fysisk- og psykisk makt. I tillegg ble makt forstått som å tvinge noen til å gjøre noe de ikke ønsket, eller å få noen til å gjøre det du ønsket. Eksempler som ble trukket frem var spesielt i forhold til kontroll av matinntaket til brukerne. Også her ble begrepet "vi er på en sånn tynn knivsegg" brukt, og at det er gråsoner. Kroppsspråk og ordvalg ble nevnt som avgjørende for utfallet av ulike situasjoner.

Det ble trukket frem at vi som helsepersonell har makt i form av at vi sitter med mer informasjon enn brukeren. En deltaker uttalte: "Vi sitter med informasjon som kanskje gjør at



vi må ta noen vurderinger, på andre sine vegner. Men at det trenger ikke å være negativt". En annen deltaker sa: "Vi kan jo bruke makta vår til å lage systemer som gjør at brukere får bruke sin makt, med valgmuligheter for eksempel". Eksempel som blir nevnt var en plansje hvor brukeren kunne peke på hva han ønsket å spise ut fra ulike bilder/tegninger. Dette systemet kunne også brukes for aktiviteter.

Diskusjonene viste at ansatte opplevde et stort ansvar for brukernes kosthold, og dermed tok en "foreldrerolle" i enkelte situasjoner. En deltaker sa: "Men jeg tenker at det er jo også en del av oppgavene våre å si nei på en sånn måte at brukeren forstår hvorfor kan jeg ikke spise pizza 7 dager i uka".

Det ble reflektert rundt at maktutøvelse noen ganger er nødvendig for å hindre eskalering av utagering. En deltaker sa: "Håndledning er jo makt, men noen ganger tvingende nødvendig". En annen uttrykte: "De meste av de tinga vi gjør, så er det en form for makt. Men det blir gjort i beste mening. Og det er jo fornuftig".

## **Diskusjon**

### **HK 1: Utvikling når det gjelder praksis og rasjonale**

I studien kom det frem at det har vært positiv utvikling i tjenesten når det gjaldt brukermedvirkning, noe som samsvarer med studie gjort av Andersen (2019). Det er mer fokus på individorienterte tjenester i dag enn for 20 år siden. Det er sannsynlig å tro at det har en sammenheng med nasjonale lover og retningslinjer, da det de siste årene har blitt presisert at personer med funksjonsnedsettelse har de samme rettighetene som funksjonsfriske mennesker. Brukermedvirkning og selvbestemmelsesretten til personer med utviklingshemming har vært sentrale faktorer i ulike Stortingsmeldinger, NOU'er og Lover det siste 10-året (Meld. St. 47 ((2008-2009), 2009); Meld. St. 45 ((2012-2013), 2013; NOU 2016:17; pbrl, 1999). På den andre side kan det forstås som at ansatte er faglig oppdatert på lover og retningslinjer i tjenesten for mennesker med utviklingshemming.

Studien viste at ansatte hadde behov for å dele tanker og erfaringer med kollegaer. Det kan forstås som at ansatte opplever å stå i vanskelige situasjoner, og ønsker å ha noen å dele ansvaret med når de opplever seg klemte mellom motstridende handlinger. Det er i tråd med studie av Solvoll, Hall og Brinchman (2014). Å stå i situasjoner som omhandler ulike verdiavveininger kan oppleves krevende. Det kan også forstås som at ansatte opplever økt

trygghet i praksisen de utfører ved å dele erfaringer med kollegaer, noe som er i tråd med studie utført av Karlsen, Gjerberg, Førde, Magelssen, Pedersen og Lillemoen (2018).

I fokusgruppediskusjonene blir nytten av refleksjon med kollegaer i arbeidshverdagen nevnt. Ansatte opplevde at refleksjon med kollegaer gav økt trygghet i jobben, forståelse for at andre sto i de samme situasjonene som en selv og bevissthet rundt praksis. Det kan forstås som at ansatte opplever at refleksjon øker kompetansen når det kommer til arbeid med brukerne og kollegasamarbeid, noe som er i tråd med studie utført av Høium, Jensen, Westli & Antonsen (2011). På den andre siden kan det forstås som at ansatte opplever større bevissthet rundt egen praksis gjennom systematisk refleksjon. Som fagpersoner står vi stadig overfor komplekse fenomener, for å oppnå bevissthet rundt dette er refleksjon en viktig faktor (Røkenes & Hanssen, 2002). Systematisk refleksjon på arbeidsplassen kan gi mulighet til å endre egen tenkemåte og atferd i praksis, samt at det vil være mulig å dele felles utfordringer man står i som tjenesteyter (Dalland, 2007). Deltakerne virker til å ha forståelse for at etisk refleksjon er avgjørende for utøvelse av faglig forsvarlig praksis, noe som er i tråd med Røkenes & Hanssen (2002).

## **HK 2: Vanskelig balanse mellom paternalisme og autonomi**

Det kom tydelig frem av datamaterialet at ansatte stadig opplevde etiske utfordringer i forhold til balansering av omsorgsrollen og selvbestemmelsesretten til brukeren, noe som er i tråd med Askheim's (2012) teori. Det kan sees i sammenheng med den iboende omsorgen vi mennesker har for andre gjennom å være foreldre, pårørende og venner. Det å ville den andre vel, er hos mange en grunnleggende verdi. Det kan også forstås som at lovverket kan ha gått for langt og blitt for strengt i enkelte tilfeller. På grunn av store kognitive utfordringer hos flere brukere, ser de ikke konsekvensen av valgene de tar. Dette opplever ansatte som vanskelig å se på, uten å kunne gjøre noe (Askheim, 2012). På en tredje side er egen erfaring at ansatte opplever at de ikke gjør jobben sin, dersom de lar brukere ta uheldige valg.

Ansatte nevnte at brukere tar valg på bakgrunn av hva de forteller dem. Dette kan forstås som at ansatte er bevisst at enkelte mennesker med utviklingshemming opplever det trygt å få råd og bistand i hverdagen, noe som er i tråd med studie av Ellingsen og Kittelsaa (2010). På den andre siden kan det forstås som at ansatte er bevisst makten man har når man jobber med personer med reduserte kognitive evner.

### **HK 3: Betydningen av å møte brukeren der han / hun er**

Hovedinntrykket i datamaterialet er at ansatte har forståelse for at brukeren er "herre i eget liv", og så langt det lar seg gjøre skal han være mest mulig delaktig i beslutningene som tas i hverdagen. Resultatene i studien samsvarer med studie gjort av Andersen (2019). Dette er i tråd med WHO (1986) sin definisjon av helsefremmende arbeid, samt hovedmomentene i empowerment (Mæland, 2016). Dette kan forstås som at ansatte har holdninger og verdier i tråd med teori og nasjonale føringer, samt god grunnleggende kompetanse på feltet. På en annen side kan det være at deltakerne sier det de antar forsker vil høre. Min erfaring er at deltakere var opptatt av å svare "rett".

I studien ble viktigheten av å tilrettelegge trukket frem gjentatte ganger. Dette samsvarer med hva Bakken (2015) hevder, samt flere studier utført på området (Andersen, 2019; Wehmeyer & Garner, 2003). Det kan forstås som at deltakerne har forståelse for at mennesker med begrensede muligheter til å meddele sine behov, er avhengig av at ansatte legger til rette for selvbestemmelse. På den andre siden kan det forstås som at deltakerne har forstått hva som er avgjørende for at brukerne skal oppnå brukervedvirkning og mestringsfølelse. Å medvirke mest mulig i egen hverdag vil kunne være helsefremmende og bidra til god psykisk helse (Bakken, 2015; Mæland, 2016).

I diskusjonene ble viktigheten av å kjenne brukeren for å redusere bruken av makt og tvang nevnt. Samtidig ble det trukket frem at ansatte hadde en avgjørende rolle når det gjaldt forebygging av makt og tvang. Det var vesentlig hva som skjedde i forkant av krav situasjoner / rutiner, noe som er i tråd med studie utført av Rommetveit og Tollefsen (2014). Ansatte trakk frem viktigheten av å vurdere brukerens dagsform i ulike situasjoner. På den ene siden kan dette forstås som at ansatte har forståelse for betydningen av relasjonskompetanse, samt ser viktigheten av brukerkjennskap. På den andre siden kan det forstås som at ansatte har bred erfaring fra arbeid i tjenesten.

Som helsepersonell har man ofte makt over andres liv ved at man har tilgang til tjenester brukeren har nytte / glede av (Eide & Skorstad, 2013; Hanssen, Helgesen & Vabo, 2014), noe deltakerne i studien viste forståelse for. På den ene siden kan det forstås som at deltakerne har forståelse for at relasjonen mellom bruker og ansatt er asymmetrisk (Askheim, 2012). På den andre siden kan det forstås som at ansatte er bevisst maktposisjonen man har som ansatt for mennesker med utviklingshemming.

## **Studiens styrker**

Forsker har selv vært moderator og transkribert datamaterialet. Tre ulike profesjoner har deltatt i utarbeidelse av prosjektskisse, intervjuguide og analysen av datamaterialet.

Moderator er vernepleier og har flere års erfaring fra tjenesten for mennesker med utviklingshemming. 44 deltakere fordelt på fem fokusgruppediskusjoner anses som et tilstrekkelig utvalg innen kvalitativ metode (Johannessen et al., 2010; Malterud, 2017).

Deltakerne har erfaring fra ulike brukergrupper, samt at de fordeler seg på to kommuner. Disse faktorene anses som styrker for studien.

## **Studiens begrensinger**

Moderator hadde ingen kontroll over hvem som deltok på personalmøtene. Allikevel ble det spredning i kjønn, alder og yrkesgrupper. Da diskusjonene foregikk på personalmøter, kan det være risiko for at enkelte ansatte følte seg forpliktet til å delta av leder. Betingelsen av frivillig deltakelse ble poengtert i skrivet som ble sendt boligene i forkant av studien, samt i muntlig informasjon før diskusjonene startet. Noen deltakere valgte kun å presentere seg under diskusjonen. Ved at ledere deltok i flere av diskusjonene, kan ansatte ha moderert uttalelsene sine og ikke vært helt ærlige. Datamaterialet gir ingen indikasjon på at leders nærvær påvirker i stor grad.

Studien sier kun noe om ansatte sine meninger og refleksjoner rundt empowermentprinsippene og praktisering av disse. Skulle man belyst hvorvidt det faktisk stemmer med praksis, måtte man ha foretatt observasjonsstudie i tillegg. Til tross for svakhetene i studien, er det grunn til å tro at det er en viss overførbarhet i datamaterialet til ansatte ved andre boliger for mennesker med utviklingshemming. Dataene er i tråd med hva som er kommet frem i liknende studier.

## **Konklusjon**

Det kommer frem av studien at ansatte i bolig for mennesker med utviklingshemming opplever empowermentprinsippene i teori og praksis ulikt. Ansatte gav uttrykk for bred teoretisk forståelse av begrepene brukervedvirkning og anerkjennelse, og at brukerne er "herre i eget liv". Når det kom til utførelse av begrepene i praksis, møtte ansatte på utfordringer på bakgrunn av brukernes kognitive nivå. Maktfordeling var et komplekst begrep for flere deltakere, noe som kan tyde på behov for kompetanseheving om temaet. Ansatte viste forståelse for asymmetrien i maktforholdet bruker – ansatt. Det kan stilles

spørsmål ved hvorvidt lovverket er blitt for strengt når det gjelder hva som anses som makt og tvang. Studien viste tydelig stadige etiske utfordringer ansatte opplevde i forhold til verdiavveininger som måtte tas når det gjaldt praktisering av empowermentprinsippene. En observasjonsstudie ville kunne belyst hvorvidt meningene og refleksjonene stemmer overens med praksis.

	Bolig 1	Bolig 2	Bolig 3	Bolig 4	Bolig 5
Menn	3	3	4	2	1
Kvinner	3	5	6	12	6
Totalt	6	8	10	14	7

Tabell 1: Fordeling av kjønn i de ulike fokusgruppene

	Bolig 1	Bolig 2	Bolig 3	Bolig 4	Bolig 5
Leder	1	0	1	1	1
Høyskoleutdannelse	2	2	1	6	1
Fagarbeider	2	4	5	5	4
Assistent	2	2	3	3	1

Tabell 2: Fordeling av yrkesgrupper i de ulike fokusgruppene

	<b>HK 1: Utvikling når det gjelder praksis og rasjonale</b>	<b>HK 2: Vanskelig balanse mellom paternalisme og autonomi</b>	<b>HK 3: Betydningen av å møte brukeren der han / hun er</b>
<b>UK 1</b>	Praksis i utvikling.	Hverdag preget av etiske dilemmaer på bakgrunn av brukernes kognitive nivå.	Tjenesteyters rolle: tilrettelegge for at brukeren skal være i stand til å ivareta egen integritet.
<b>UK 2</b>	Refleksjon åpner for bevissthet rundt maktposisjonen man besitter som helsepersonell.	Praksis preget av usikkerhet og gråsoner.	Bruk av makt og tvang er noen ganger en nødvendighet og til brukerens beste.

Tabell 3: Hovedkategorier og underkategorier

## Litteratur:

- Askheim, Ole Petter (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bakken, Trine Lise (2015). *Utviklingshemning og hverdagsvansker: Faktorer som påvirker psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2013). *Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne*. Hentet fra <file:///C:/Users/siwre/Downloads/Konvensjon%20om%20rettighetene%20til%20personer%20med%20nedsatt%20funksjonsevne.pdf.pdf>
- Berge, Kim, & Ellingsen, Karl Elling (2017). Hva er det ved diagnosen psykisk utviklingshemming som legaliserer bruk av tvang og makt. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, (01), ss. 80-86.
- Dalland, Olav (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, Solveig Botnen, & Skorstad, Berit (2013). *Etikk – til refleksjon og handling i sosialt arbeid* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ellingsen, Karl Elling, & Kittelsaa, Anna M. (2010). Å velge det trygge; utviklingshemmede og selvbestemmelse. *Fontene forskning*, (2), ss. 4-16.
- Forskningsetikkloven. (2006). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (forskningsetikkloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>
- Hanssen, Gro Sandkjær, Helgesen, Marit Kristine, & Vabo, Signy Irene (2014). *Politikk og demokrati: En innføring i stats- og kommunalkunnskap* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsedirektoratet. (2015). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2015*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/743/Icd-10-den-internasjonale-statistiske-klassifikasjonen-av-sykdommer-og-beslektede-helseproblemer-2015-IS-2277.pdf>

- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (Meld. St. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Omsorg 2020 – Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015 – 2020*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbe9cb7/omso\\_g\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbe9cb7/omso_g_2020.pdf)
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011\\_06-24-30](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011_06-24-30)
- Helsetilsynet. (2017). *Det gjelder livet: oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016 med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*. Statens helsetilsyn. Hentet fra [https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2017/hsetilsynetrapport4\\_2017.pdf](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2017/hsetilsynetrapport4_2017.pdf)
- Høium, Kari, Jensen, Lene Bjerke, Westli, Solfrid, & Antonsen, Elisabeth (2011). Refleksjon som verktøy for kompetanseheving for ansatte i et bofellesskap for voksne utviklingshemmede – å sette sin egen praksis under lupen gjennom veiledning. *Nordisk Tidsskrift for helseforskning*, 2(7), ss. 92-102.
- Johannessen, Asbjørn, Tufte, Per Arne, & Christoffersen, Line (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt forlag
- Karlsen, Heidi, Gjerberg, Elisabeth, Førde, Reidun, Magelssen, Morten, Pedersen, Reidar, & Lillemoen, Lillian (2018). Etikkarbeid i kommunal helse- og omsorgstjeneste: evaluering av etikkrefleksjonens innhold og betydning. *Nordisk sygeplejeforskning*, (01), pp.22-36



- Kommunal Rapport. (2019). *Mann døde etter å ha bli badet i glovarmt vann*. Hentet 21.04.2019 fra <https://kommunal-rapport.no/2019/03/mann-dode-etter-ha-blitt-badet-i-glovarmt-vann-kommunen-mistenkt-rutinesvikt>
- Kommunal Rapport. (2019). Mæland om Tolga – saken: Dette skal ikke skje. Hentet 25.04.2019 fra <https://kommunal-rapport.no/2019/02/granskning-en-rekke-feil-ble-begatt-i-tolga-saken-blant-annet-ble-diagnoser-brukt-feil>
- Kvale, Steinar, & Brinkmann, Svend (2018). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malterud, Kirsti (2018). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, Kirsti (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Meld. St. 45 (2012-2013). (2013). *Frihet og likeverd – om mennesker med utviklingshemming*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/41a94b47679f477086d3f537d401d50a/no/dfs/stm201220130045000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen— Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Mæland, John Gunnar (2016). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg.). Bergen: Universitetsforlaget.
- NOU 2016:17. (2016). *På lik linje*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/b0baf226586543ada7c530b4482678b8/no/dfs/nou201620160017000dddpdfs.pdf>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02/63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02/63#KAPITTEL_3)

- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger* (personopplysningsloven). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-0615-38>
- Rommetveit, Margunn, & Tollefsen, Anita (2014). Nærlys på tvang og makt ovenfor personer med utviklingshemming. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 10(2), ss. 4-8.
- Røkenes, Odd Harald, & Hanssen, Per-Halvard (2002). *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Solvoll, Betty-Ann, Hall, Elisabeth OC, & Brinchmann, Berit Støre. (2014). Ethical challenges in everyday work with adults with learning disabilities. *Nursing Ethics*, 22(4), ss. 417-427.
- Tveiten, Sidsel, & Boge, Knut (2014). Hvorfor er ulike perspektiver på empowerment interessante som forskningsfelt, anvendelsesområder og praksiser? I S. Tveiten, & K. Boge, *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk - nye perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, Sidsel, Haukland, Magne, & Onstad, Ragnhild Flittie (2011). The patient's voice empowerment in a psychiatric context. *Vard i Norden*, 31(3), ss. 20-24.
- Tveiten, Sidsel, Onstad, Ragnhild Flittie, & Haukland, Magne (2015). Refleksjon over praksis i lys avempowerment – en fokusgruppeundersøkelse. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(3), ss. 136-143.
- Wehmeyer, Michael L., & Garner, Nancy W. (2003). The impact and personal characteristics of people with intellectual and developmental disability on self-determination and autonomous functioning. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 16, ss. 255-265.
- World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet fra <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

## 8.0 VEDLEGG

### Vedlegg 1

Forfatterveiledning

[file:///C:/Users/sre/OneDrive/Fontene\\_forskning-forfatterveiledning.pdf](file:///C:/Users/sre/OneDrive/Fontene_forskning-forfatterveiledning.pdf)

### Vedlegg 2

NSD - godkjenning



20190809141332  
(3).pdf

### Vedlegg 3

Risiko-analyse



20200414151515238  
.pdf

## Vil du delta i forskningsprosjektet

### ***”Meninger og refleksjoner ansatte i bolig for mennesker med utviklingshemming har når det gjelder empowermentprinsippene og praktisering av disse”?***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å *belyse ulike meninger og refleksjoner ansatte i bolig for utviklingshemmede har når det gjelder empowermentprinsippene og praktisering av disse*. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

*Målet med studien er å fremskaffe kunnskap om hvordan ansatte i bolig for mennesker med utviklingshemming forstår empowermentprinsippene (brukermedvirkning, anerkjennelse av at personen kjenner seg selv best, maktfordeling). Denne kunnskapen kan videre bidra til å belyse hvor det bør settes inn kompetansehevende tiltak for å få til en praksis i sine boliger, basert på empowerment. Dette vil kunne være helsefremmende for brukerne, da empowerment kan ses som rammeverk for helsefremming.*

*Problemstilling for studien er som følger: «Meninger og refleksjoner ansatte i bolig for utviklingshemmede har når det gjelder empowermentprinsippene og praktisering av disse».*

*Prosjektet vil inngå i en masteroppgave, og avslutningsvis vil resultatene bli presentert gjennom en artikkel i et vitenskapelig tidsskrift.*

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

*OsloMet er ansvarlig for prosjektet.*

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

*Du får spørsmål om å delta i prosjektet fordi du er ansatt i bolig for utviklingshemmede. Kriterier for å delta er at du skal ha vært ansatt i en slik bolig i minimum ett år, og ha minimum 20% stilling. Det vil tilstrebes å få til en blanding av assistenter, fagarbeidere og personer med 3-årig høyskoleutdanning i hver gruppe. Spredning i kjønn og alder er også ønskelig.*

*Jeg har vært i kontakt med boligleder for å få tillatelse til å ta kontakt med deg.*

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

*Ved å delta vil du bli en del av en fokusgruppe bestående av 6 til 8 deltakere. Hver fokusgruppediskusjon vil ha en varighet på inntil to timer. Temaene er: brukermedvirkning, anerkjennelse av at personen kjenner sin egen sak best, maktfordeling (empowermentprinsippene).*

*Samtalene vil bli tatt opp på lydbånd, og oppbevart etter gjeldende regler fastsatt av OsloMet og NSD.*

- *Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar på EN fokusgruppesamling med varighet på inntil to timer.*

## **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du *inntil analyseprosessen starter* trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

*Frist for å trekke seg: 01.12.2019*

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

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

- *Det er kun student (forsker/mentor) og veiledere som vil ha tilgang til innsamlet datamateriale.*
- *Lydfiler vil bli oppbevart og behandlet etter gjeldende regler fastsatt av OsloMet og NSD. Pseudonym vil bli benyttet fra transkriberingen starter.*

*Ingen deltakere vil bli gjenkjent i publikasjoner.*

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

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.07.2020. Alle lydfiler vil bli slettet i etterkant av fullført studie.

### **Dine rettigheter**

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

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

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

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

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

- Siw Renée Eikrehagen ([s233260@oslomet.no](mailto:s233260@oslomet.no))
- *OsloMet* ved Mona Elisabeth Meyer ([mmeyer@oslomet.no](mailto:mmeyer@oslomet.no)) eller Sidsel Tveiten ([stveiten@oslomet.no](mailto:stveiten@oslomet.no))
- Vårt personvernombud: Ingrid Jacobsen ([ingridj@oslomet.no](mailto:ingridj@oslomet.no))
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

*Prosjektansvarlig*

*Master student*

Førstelektor Mona Elisabeth Meyer  
Professor Sidsel Tveiten

Siw Renée Eikrehagen

## Vedlegg 5

# Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Meninger og refleksjoner ansatte i bolig for personer med utviklingshemming har når det gjelder empowermentprinsippene og praktisering av disse, i samhandling med brukerne*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i *fokusgruppediskusjon*

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. *01.07.2020*

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 6

### Intervjuguide

Prosjekt: «*Meninger og refleksjoner ansatte i bolig for mennesker med utviklingshemming har når det gjelder empowermentprinsippene og praktisering av disse*»

#### Spørsmål til deltakerne

1. Kan vi først ta en runde hvor dere sier litt om bakgrunnen deres? Utdanning / yrkestittel, type bolig dere jobber i, hvor lenge dere har jobbet med utviklingshemmede.
2. Diskuter hva dere forstår med ordet *brukermedvirkning*?
  - Kan dere gi noen eksempler på hva dere mener brukermedvirkning er?
3. Diskuter hvilke tanker dere gjør dere når det gjelder *praktisering av brukermedvirkning* i boligen hvor dere jobber?
4. Diskuter hva dere legger i at *brukeren kjenner seg selv best*?
  - Kan dere gi eksempler på at brukerne blir *anerkjent* for å kjenne seg selv best i boligen dere jobber?
5. Diskutere hva dere legger i ordet *makt*?
  - Kan dere gi noen eksempler på hvor det utøves makt ovenfor brukerne i det daglige?
6. Diskuter hva dere legger i ordet *maktomfordeling*?
7. Kan dere gi noen eksempler på hvordan *maktomfordeling blir praktisert* i boligen dere jobber?
8. Diskuter litt rundt hva dere mener er styrende for hvordan *brukermedvirkning, anerkjennelse og maktomfordeling blir praktisert* i boligen dere jobber? (Personalkultur / Styring fra ledelsen).
9. Hva mer ønsker dere å fortelle om som jeg ikke allerede har spurt om?



# Masteroppgave

**Masterstudium i Empowerment og helsefremmende  
arbeid  
Mai 2020**

**«Fordeler og ulemper ved fokusgruppediskusjon –  
med utgangspunkt i egen masteroppgave»**

Kandidatnavn: Siw Renée Eikrehagen

Emnekode: MAPO 5900

Antall ord: 5356

**Fakultet for helsevitenskap**

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY

## **INNHALDSFORTEGNELSE**

<b>1.0 INTRODUKSJON</b> .....	3
1.1 Innledning og bakgrunn.....	3
1.2 Hensikt og formål.....	4
<b>2.0 METODE</b> .....	5
2.1 Planlegging, utvalg, datainnsamling.....	5
2.2 Gjennomføring av diskusjonene.....	6
2.3 Transkripsjon.....	8
<b>3.0 RESULTATER</b> .....	9
<b>4.0 ANALYSE</b> .....	11
<b>5.0 DISKUSJON</b> .....	12
5.1 Egen forskerrolle.....	12
5.2 Forforståelse.....	13
5.3 Leders deltakelse.....	14
5.4 Sekretær.....	14
5.5 Utvalg.....	15
5.6 Arena.....	15
5.7 Troverdighet.....	16
5.8 Reliabilitet.....	16
5.9 Samstemmighet.....	17
5.10 Overførbarhet.....	17
5.11 Ethiske vurderinger.....	18
<b>6.0 KONKLUSJON</b> .....	19
<b>7.0 Litteraturliste</b> .....	20

## 1.0 INTRODUKSJON

### 1.1 Innledning og bakgrunn

Masteroppgaven fokuserte på meninger og refleksjoner ansatte i bolig for mennesker med utviklingshemming har når det gjelder empowermentprinsippene og praktisering av disse. Empowerment ble i studien forstått som brukermedvirkning, anerkjennelse av at brukeren er ekspert på seg selv og maktfordeling. Kvalitativ metode er brukt i datainnsamlingen, og hermeneutiske fortolkningsprinsipper ble lagt til grunn i analysen av data.

Innen samfunnsvitenskapelig forskning har det gjennom tiden blitt trukket et skille mellom hermeneutisk og positivistisk tilnærming (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2011). Ifølge forfatterne har den kvantitative metoden stått sterkest innenfor vitenskapelig forskning over lang tid, men de siste årene har den kvalitative forskningen styrket sin posisjon. Kvalitativ metode har som formål å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2007). Dalland hevder metoden tar sikte på å bidra til større forståelse av samfunnet vi lever i, hvordan ulike grupper i populasjonen handler og samhandler. Kvalitativ metode er særlig egnet når vi skal undersøke fenomener vi har lite kunnskap om og ønsker å få en større forståelse av (Johannessen et al., 2011). I dag brukes kvalitativ metode mer og mer som selvstendig forskningsmetode innen samfunnsvitenskapene (Kvale & Brinkmann, 2018).

Jeg anså studie for å belyse mennesker med utviklingshemming sin hverdag som relevant og nødvendig, noe som er sentralt innen forskning (Dragset & Ellingsen, 2008). Gjennom en fenomenologisk tilnærming var ønsket å finne essensen i fenomenet, det man ikke kan ta bort for at det skal være det det er (Wifstad, 2018). For å forstå en person, må man ifølge Wifstad forstå den andres måte å oppfatte virkeligheten på. Dette gjøres gjennom å få tilgang til menneskets subjektive perspektiv. Hermeneutikken legger vekt på en fortolkende tilnærming til mennesket og samfunnet (Aadland, 2011; Malterud, 2017; Wifstad, 2018). Ved tolkning av tekst legger hermeneutikken vekt på forholdet mellom deler og helhet, forståelse og forforståelse, betydning av kontekst og selvrefleksjon (Malterud, 2017).

Fokusgruppediskusjon er benyttet for innsamling av data. Gruppeintervjuer ble brukt allerede på 1920-tallet, men ble først utbredt etter 1950 (Kvale & Brinkmann, 2018).

Fokusgruppediskusjon er en eksplorativ, deskriptiv og kvalitativ forskningsmetode, hvor

datamaterialet består av transkriberte tekster på bakgrunn av gruppediskusjoner (Malterud, 2018). Fokusgruppediskusjon er egnet metode når man ønsker å lære noe om erfaringer, holdninger og synspunkter i miljøer der flere personer samhandler (Malterud, 2017; Dalland, 2007). Typisk for fokusgruppediskusjon er at den har en ikke-styrende intervjustil, hvor målet er å få frem så mange ulike synspunkter om det aktuelle emnet som mulig (Kvale & Brinkmann, 2018). Intervjuguiden hadde deskriptiv form (Dragset & Ellingsen, 2008), med hovedsakelig hva – spørsmål. Fokusgrupper er spesielt egnet fordi de gir rom for spørsmål som ellers ikke ville blitt stilt gjennom å aktivt involvere deltakerne (Dalland, 2007). Ved at deltakerne deler og sammenlikner holdninger og erfaringer, vil det kunne gi unik innsikt i hvordan de opplever likheter og ulikheter seg imellom (Johannessen et al., 2011). Det er problemstillingen som avgjør den mest relevante metoden for forskningen (Malterud, 2017).

Dette var i tråd med hva jeg ønsket å oppnå med min studie. Målet var at deltakerne skulle bli inspirert av hverandre, komme på nye erfaringer og synspunkter underveis i diskusjonen. Jeg ønsket ansatte fra samme bolig i hver fokusgruppe i håp om at deltakerne skulle oppleve større trygghet i en gruppe med kjente personer, samt at interaksjonen mellom deltakerne skulle skape verdifulle data. Kjennskap til temaet ble ansett som nødvendig.

I refleksjonsnotatet vil jeg belyse fordeler og ulemper ved fokusgruppediskusjon, og hva metoden har hatt å si for min oppgave. Jeg ønsker å belyse faktorer ved gjennomføringen av studien som ble annerledes enn beskrevet i prosjektskissen. Ulike kvalitetsaspekt som troverdighet, reliabilitet, samstemmighet og overførbarhet vil bli diskutert, i tillegg til diskusjon rundt egen forskerrolle, forforståelse, leders deltakelse, sekretær, utvalg, arena og etiske aspekter.

### **1.3 Hensikt og formål**

Refleksjonsoppgaven vil belyse fordeler og ulemper ved fokusgruppediskusjon, med utgangspunkt i egen masteroppgave.

Problemstillingen er: "*Fordeler og ulemper ved fokusgruppediskusjon – med utgangspunkt i egen masteroppgave*".

## **2.0 METODE**

For å belyse problemstillingen er det benyttet litteraturstudie. Det er foretatt elektroniske søk i Oria og SweMed+, samt manuelle søk i litteraturlister. Søkerord som fokusgruppe, fokusgruppediskusjon, fokusgruppeintervju, utfordringer, fordeler, ulemper, styrker og svakheter ble benyttet. Jeg fant tre relevante artikler totalt. Utover dette er det brukt litteratur som omhandler kvalitativ metode og fokusgruppediskusjon.

### **2.1 Planlegging, utvalg, datainnsamling**

De økonomiske rammene for studien var begrenset, noe det er avgjørende å ta hensyn til ved planlegging av fokusgruppediskusjon (Eines & Thylèn, 2012). Ifølge prosjektskissen skulle det foretas strategisk utvalg. Planen var å kontakte boligledere for kontaktinformasjon til ansatte i boligene, for rekruttering til studien. For å få problemstillingen belyst best mulig, anså jeg det som avgjørende for studien at deltakerne hadde kjennskap til fenomenet. Denne type utvalg ville kunne øke gyldigheten av dataene og overførbarheten av funn (Malterud, 2017). Sammensetningen av fokusgruppene påvirker dataene som kommer frem, da interaksjonen mellom deltakerne er en viktig faktor ved bruk av denne metoden (Eines & Thylèn, 2012).

Personalmøter ble tidlig vurdert som arena for å informere om studien. Ved gjennomføring av fokusgruppediskusjon er det viktig å tenke gjennom antall deltakere i hver gruppe, det kan påvirke datamaterialet som kommer frem (Malterud, 2018). Fordeler med små grupper er at de er enklere å fylle opp, det kan være lettere å åpne seg, og det kan være lettere å få til diskusjon om sensitive/kontroversielle temaer (Johannessen et al., 2011). På en annen side kan få deltakere i gruppene begrense informasjonen som kommer frem, og det kan være utfordrende å få til en diskusjon. Større grupper kan derimot medføre at hver enkelt deltaker får mindre tid til å prate, noe som gjør at man ikke får den dybdeforståelsen av temaet. 6 til 10 deltakere i en fokusgruppe er anbefalt når man ønsker å avdekke en bredde av synspunkter, holdninger, erfaringer og fortolkninger (Johannessen et al., 2011). Etter grundig gjennomtenkning så jeg at det kunne by på utfordring å få 6 – 8 ansatte fra samme bolig til å ha fri på likt, og samtidig ville bruke den tiden på et intervju, uten godtgjørelse. Jeg ønsket deltakere fra samme bolig i hver fokusgruppediskusjon, i håp om at interaksjonen kunne brukes til å få frem verdifulle data (Dalland, 2007). Etter nøye vurdering kom jeg frem til at jeg ønsket å høre om muligheten for å gjennomføre fokusgruppediskusjonene på

personalmøter. Jeg anså temaet som høyst aktuelt, og det kunne bidra positivt i de enkelte boligene. Utvalget består av ansatte som møtte på personalmøtene. Inklusjonskriteriene til studien var i utgangspunktet at deltakerne skulle ha vært fast ansatt i en bolig for mennesker med utviklingshemming i minimum et år, og ha minimum 20% stilling. Det var ansatte på personalmøter som ikke oppfylte disse kriteriene, men de utgjorde ytterst få. Jeg gjennomførte 5 fokusgruppediskusjoner, og det anses som tilstrekkelig for å belyse et tema (Johannessen et al., 2011; Malterud, 2017).

Fokusgruppediskusjonene ble ledet av meg som moderator. Det anses som nyttig å ha med en sekretær (Malterud, 2017), noe som ble gjennomført i én fokusgruppediskusjon. Moderator skal se til at deltakerne får uttalt seg, og at man holder seg innenfor temaet som skal belyses (Kvale & Brinkmann, 2018; Malterud, 2017). Sekretæren kan notere non-verbale inntrykk og momenter fra stemningen under diskusjonene (Malterud, 2017). Samtalene ble lagret som lydopptak. For at fokusgruppediskusjonene skal kunne levere empiriske data til analyse i et forskningsprosjekt, er det avgjørende at rådataene samles inn og lagres systematisk (Malterud, 2018). Varigheten på en fokusgruppediskusjon er vanligvis fra en til halvannen time.

Studien ble meldt til Personvernombudet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (Nr. 625758) i forkant av gjennomføringen, i tråd med personopplysningsloven (2012). Det ble undersøkt hvorvidt prosjektet måtte innrapporteres til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), noe som ble avkrefet. Studien er regulert av forskningsetikkloven (2006).

## **2.2 Gjennomføring av diskusjonene**

I forkant av hver diskusjon presenterte jeg meg selv, nevnte temaene for fokusgruppediskusjonen, gjorde oppmerksom på: at deltakelse var frivillig, diskusjon mellom deltakerne gav best resultat, alle erfaringer like viktige, taushetsplikt, lydopptak, eventuell fremtidig artikkel og tidsramme.

Jeg gjennomførte pilot i boligen jeg selv var ansatt, for å få tilbakemeldinger på intervjuguiden og min rolle som moderator. Piloten og 2 fokusgruppediskusjoner ble gjennomført i løpet av en uke, deretter gikk det syv uker før de to siste diskusjonene fant sted. En grunn til det var at jeg avlyste gjennomføring av diskusjon i en av boligene som var avtalt. Flere av deltakerne i fokusgruppediskusjon 1, var og ansatt i denne boligen. Jeg ønsket ulike deltaker i hver fokusgruppe for å få belyst temaet mest mulig. En annen grunn til avstanden

mellom intervjuene var at diskusjon 3 og 4 ble gjennomført i en annen kommune, hvor det tok litt lengre tid å knytte kontakt og finne tidspunkt som passet.

Selve gjennomføringen av fokusgruppediskusjonene hadde jeg noe varierende erfaring med. Ved gjennomføring av piloten erfarte jeg å få mye gode data som jeg ønsket å ta med i analysen. Jeg opplevde at det ble bra diskusjon, fin flyt og gode refleksjoner. Alle deltakerne sa noe under diskusjonen. Tilbakemelding jeg fikk var å være bevisst hvor fort jeg brøt inn etter en uttalelse, noe jeg forsøkte å ta med meg. Ellers fikk jeg gode tilbakemeldinger på spørsmålene og min rolle som moderator.

I fokusgruppediskusjon 1 var det 8 deltakere, 3 valgte å ikke delta i diskusjonen. Jeg spurte i etterkant om jeg skulle vært mer "på" for å få de til å delta i diskusjonen, men dette ble avkreftet. En av deltakerne sa at det at hun ikke sa noe, betydde at hun var enig i det som ble sagt. En annen deltaker sa at hun ikke ville ha svart meg dersom jeg hadde presset mer på. Tilbakemeldingene gjorde at jeg valgte samme fremgangsmåte i de andre diskusjonene. I starten virket de noe ukomfortable med båndopptakeren, men diskusjonen tok seg opp etter hvert. Dette var den eneste gruppa hvor leder ikke deltok, på grunn av ferie.

Fokusgruppe 2 hadde en helt annen dynamikk. Det var en stor gruppe på 10 deltakere, 2 av deltakerne frasto å delta i diskusjonen. Dette var en stille gruppe hvor det var tungt å få til diskusjon. Deltakerne svarte mye med korte setninger, og det ble veldig stille etter en uttalelse. Lederen tok på seg mye av ansvaret for å prate. Gruppa var tydelig ukomfortable med båndopptakeren, og jeg opplevde dem som litt usikre på meg. Dette var den eneste gruppa hvor det var med sekretær. Det var en person de ikke hadde noe kjennskap til, og som de heller ikke hadde fått informasjon om på forhånd.

Fokusgruppe 3 var den største gruppa med 14 deltakere, 6 valgte å ikke delta i diskusjonen. Personalrommet var lite, og det ble en noe kaotisk og rotete diskusjon. Samtidig var det en lett og god stemning i gruppa, og de virka trygge på hverandre. Leder spurte i forkant om det var hemmende å ha henne til stede, noe gruppa avkreftet. Det var noe trått å få i gang diskusjonen i starten, da gruppa var veldig opptatt av hva jeg ønsket å høre. Etter hvert tok det seg opp, og det kom frem masse spennende data gjennom gode diskusjoner.

Fokusgruppe 4 var boligen hvor lederen viste størst engasjement i forkant, og hvor gruppa var godt forberedt på at jeg kom. Dette var ikke et ordinært personalmøte, men et teammøte. Det var 7 deltakere til stede, hvor alle deltok i diskusjonen. Det var en forholdsvis stille gruppe,

hvor det var vanskelig å komme i gang med en diskusjon. Lederen satt og noterte under hele diskusjonen. Jeg måtte komme med en del innspill og ekstra spørsmål for å få ut noe informasjon. Dette er den eneste gruppa hvor jeg tenker at leders nærvær kan ha vært noe negativt, og at deltakerne kan ha følt på et forventningspress fra leder.

Fokusgruppediskusjonene varte kortere enn antatt på forhånd. Jeg fikk disponere inntil en time på hvert personalmøte, noe jeg erfarte som tilstrekkelig tid.

Jeg hadde kun med sekretær på en av fokusgruppediskusjonene. Det var ulike grunner til det, hovedgrunnen var utfordring med å finne en person som kunne være sekretær. Jeg opplevde det ikke som stor svakhet for studien å ikke notere non-verbale utsagn og stemning underveis.

### **2.3 Transkripsjon**

For at dataene som kom frem under intervjuene skulle bli konkrete og håndterbare for analyse, ble lydopptaket gjort om til tekst (Kvale & Brinkmann, 2018; Malterud, 2018). Hver diskusjon ble transkribert rett i etterkant, og før ny diskusjon. Noe som anses både som en fordel og en utfordring med fokusgruppediskusjoner, er det rike datamaterialet som kan fremkomme (Eines & Thylèn, 2012). Pseudonym ble benyttet under transkriberingen for å ivareta anonymiteten til deltakerne. Det ble foretatt ordrett transkripsjon, men i artikkelen er noen av sitatene omformulert til mer skriftlig stil. Dette av etiske hensyn og med tanke på lesbarheten i datamaterialet (Kvale & Brinkmann, 2018).



### 3.0 RESULTATER

Forfatter	Tittel	Resultater
Nina Carson	Erfaringer og refleksjoner ved bruk av gruppeintervju i kvalitativ forskning (2007)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deltakerne responderer ofte på det andre sier uten at svarene er gjennomtenkte</li> <li>- Intervjusituasjonen kan være positiv ved at det er gjensidig respekt, felles interesse og nysgjerrighet på emnet og hverandre.</li> <li>- Trygghet i gruppen er en forutsetning</li> <li>- I gruppeintervju kan deltakerne bidra til endringer i hverandres oppfatninger av det fokuserte temaet</li> </ul>
Trude Fløystad Eines og Ingela Thylèn	Metodologiske og praktiske utfordringer ved bruk av fokusgrupper som forskningsmetode – med fokus på pårørende som informanter (2012).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Støtten fra andre deltakere åpner opp for ærlige svar</li> <li>- Deltakerne ble mer ærlige og våget å være uenige med hverandre etter å ha pratet sammen en stund</li> <li>- Forskerens kompetanse er sentral for studiens vitenskapelige kvalitet</li> <li>- Det er krevende å være flere som skal analysere rådata, notater og inntrykk</li> <li>- Intervjuene bør finne sted på et nøytralt og sosialt akseptert sted</li> <li>- Å dele erfaringer med andre i samme situasjon, skaper et godt utgangspunkt for utveksling av erfaringer og meninger.</li> <li>- 4-6 deltakere skaper trygge rammer</li> </ul>
Sigrun Dragset og Sidsel	Å skape data fra kvalitativt – Samtale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ved fenomenologisk hermeneutisk tilnærming er det et hovedpoeng at</li> </ul>

Ellingsen	er en grunnleggende og den mest gyldige form for kunnskapsutvikling vi kjenner til(2008)	<p>forskeren stiller seg åpen og sanselig stemt, slik at forsker lar seg berøre av det som informanten gir uttrykk for</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forskerens kompetanse og egnethet er avgjørende for data som skapes.</li> <li>- Utfordringen er å la informanten få tale ut og ikke bli avbrutt av forskers perspektiv.</li> </ul>
-----------	--	--

Tabell 1: Resultater fra litteraturstudie

## **4.0 ANALYSE**

Det ble benyttet systematisk tekstkondensering, som er en tverrgående analysemetode (Malterud, 2017). Analysemetoden er induktiv og interaktiv, og tok sikte på å utvikle kunnskap om hvordan ansatte praktiserte empowermentprinsippene i bolig for mennesker med utviklingshemming. Jeg leste først datamaterialet gjentatte ganger for å danne meg et helhetsinntrykk, for deretter å identifisere meningsbærende enheter. Videre dannet jeg 6 underkategorier, som ble til 3 hovedkategorier. Analysen ble gjort i tett samarbeid med veiledere.

## 5.0 DISKUSJON

I diskusjonen vil jeg belyse hva egen forskerrolle, forforståelse, leders deltakelse, sekretær, utvalg og arena kan ha hatt å si for studien. Jeg vil også diskutere kvalitetsaspekt som studiens troverdighet, reliabilitet, samstemmighet og overførbarhet, samt gjøre rede for etiske aspekter.

### 5.1 Egen forskerrolle

Studien er forskerens første erfaring som moderator for fokusgruppediskusjoner. Forskerens kompetanse, faglige bakgrunn og egnethet er avgjørende for data som skapes (Dragset & Ellingsen, 2008; Eines & Thylén, 2012). Forskeren var selv moderator, og gjennomførte transkriberingen. Jeg erfarte at forskerrollen er utfordrende, og har fått forståelse for betydningen av bevissthet rundt forskerrollen i en fokusgruppediskusjon.

Like før gjennomføringen av studien gikk jeg fra å være ansatt i en bolig, til å bli en del av leders stab. Dette kan ha påvirket studien. På den ene siden kan noen av deltakerne i kommunen hvor jeg var ansatt ha blitt skeptiske til min rolle, og i hvilken grad deres uttalelser kunne få etterspill (Kvale & Brinkmann, 2018). Deltakerne kan ha opplevd en økt asymmetri i maktforholdet mellom meg som moderator og dem. Det kan ha påvirket dataene negativt ved at enkelte ikke våget å uttale seg, eller at meninger er tilbakeholdt. På en annen side kan deltakernes kjennskap til meg, ha gjort at de kjente på en trygghet og fortrolighet – som gjorde at de åpnet seg. Trygghet i gruppen er en viktig forutsetning for en god gruppediskusjon (Carson, 2007). Jeg opplevde å få ærlige og gode diskusjoner fra flere av gruppene.

En utfordring jeg erfarte var å la deltakerne få prate ut og ikke avbryte for tidlig. Det er i tråd med hva Dragset og Ellingsen (2008) har erfart. Som forsker prøvde jeg å ha en passiv rolle, unnlate å komme med egne perspektiver og forsøke å møte deltakerne med oppfølgings spørsmål der det ble lengre stillhet. Dette i forsøk på å få belyst ansattes meninger og refleksjoner i størst mulig grad. Jeg forsøkte å være bevisst og ikke støtte ulike uttalelser, kun bekrefte at jeg så hver enkelt deltaker og hørte hva de sa. Dette var noe utfordrende, da jeg opplevde at deltakerne søkte bekreftelse fra forskeren – noe som er i tråd med studie gjort av Eines og Thylén (2012). I enkelte diskusjoner hører jeg på lydbåndet at jeg sier "ja" og "mm" litt for tett. Jeg prøvde å være bevisst å ha en viss pause etter at en deltaker hadde sagt noe, for å se om det førte til videre undring og diskusjon. Jeg fulgte opp med spontane

spørsmål dersom jeg følte det naturlig, i forsøk på å få deltakerne til å reflektere mer rundt temaet, og dermed få lengre diskusjoner.

I etterkant ser jeg at jeg kunne brukt bedre tid før jeg startet lydbåndet på å introdusere meg selv, si noe om tidligere erfaring som intervjuer, vært tydeligere på at det ikke fantes "rette" eller "gale" svar og introdusert de ulike temaene i spørsmålsguiden. Jeg var for redd for at ved å si for mye rundt spørsmålene, kunne det påvirke deltakerne og tilføre kunnskap de ikke hadde i utgangspunktet. På en annen side kunne det bidratt til at deltakerne fikk større klarhet i hva jeg var ute etter å belyse og hva som lå i de enkelte spørsmålene, og dermed blitt tryggere i sine uttalelser. Dette kunne videre ført til at jeg kom dypere inn i hvert enkelt empowermentprinsipp.

I ettertid ser jeg at jeg skulle gjennomført alle diskusjonene tettere, for å ha erfaringer friskt i minne. Jeg opplevde det litt som å "starte på nytt" som moderator i diskusjon 3. En styrke for studien er at jeg noterte stikkord i etterkant av hver fokusgruppediskusjon.

## **5.2 Forforståelse**

Jeg var bevisst å legge egen forforståelse til side under forskningen, og ha åpen innstilling til deltakernes meninger og refleksjoner. Ved fenomenologisk hermeneutisk tilnærming er det avgjørende at forskeren stiller seg åpen, sånn at den kan la seg berøre av det deltakerne gir uttrykk for (Dragset & Ellingsen, 2008). Da jeg hadde vært ansatt i en bolig for utviklingshemmede i 7 år, hadde jeg en forforståelse av hvordan kulturen i bolig for mennesker med utviklingshemming var. Denne skrev jeg ned i forkant av studien. Ifølge Malterud (2017) er det en svakhet for studien dersom egen forforståelse er tett knyttet opp mot funn. Det kan bety at forskeren har hatt stor kunnskap om temaet på forhånd, og at studien ikke har tilført noe nytt. Allikevel ser jeg det som nødvendig med god kunnskap om feltet man skal belyse for å kunne stille relevante spørsmål, noe som er i tråd med Dragset og Ellingsen (2008). Resultatene fra gjeldende studie har likheter med egen forforståelse. Min forforståelse var at helsepersonell tenker at de «vet best». Ansatte fremsto i studien noe mer ydmyke enn jeg hadde forventet, og ifølge studien hadde deltakerne bredere kunnskap om begrepene brukervedvirkning og anerkjennelse enn jeg trodde på forhånd. Egne erfaringer var at ansatte opplevde frustrasjon over at brukerne ikke så sitt «eget beste», og klarte å ta seg sammen. Denne frustrasjonen kom tydelig frem i studien. Jeg hadde en forforståelse av at lovverket ble sett som hemmende for brukernes beste i enkelte tilfeller, noe som også kom frem av studien. Det var frustrasjon rundt at lovverket var til hinder for at ansatte kunne hjelpe

brukerne i den grad de ønsket. Min opplevelse var at personalet hadde et sterkt ønske om å hjelpe brukerne, men at det var ulikheter rundt hva ansatte og brukere anså som deres «beste». Erfaring tilsa at brukermedvirkning ble gjennomført etter beste evne, men når det kom til anerkjennelse av brukeren som ekspert på seg selv - var det større utfordringer. Under diskusjonene kom det tydelig frem en sårhet og en følelse av maktesløshet over å ikke kunne bidra som jeg ikke hadde opplevd så sterk. Ansatte opplevde en hårfin balansegang når det kom til hva som var makt og tvang - og ikke.

### **5.3 Leders deltakelse**

Boliglederens deltakelse på fokusgruppediskusjonene kan ha påvirket studien negativt. Leders tilstedeværelse kan ha bidratt til usikkerhet og virket hemmende på uttalelser fra deltakere. Høy usikkerhet i omgivelsene kan bidra til at personer samler seg rundt en felles atferd og vurdering (Kaufmann & Kaufmann, 2007). Enkelte deltakere kan ha opplevd press av leder til å delta i studien, gjennom asymmetrien i maktforholdet mellom ansatt – boligleder. Ansatte i helse- og omsorgstjenesten er underlagt en organisasjon med regler, forordninger og uformelle normer som kan begrense handlingsrommet deres (Askheim, 2012). Min oppfatning er allikevel at det ikke påvirket datamaterialet i særlig grad. Boligene fikk tilsendt informasjon om studien og prosessen i forkant. I tillegg ble frivillig deltakelse presisert i forkant av hver fokusgruppediskusjon. Der hvor deltakere kun valgte å presentere seg, ble det respektert. På den annen side kan leders tilstedeværelse gi inntrykk av medarbeiderorientert lederstil, hvor utvikling av gode relasjoner er vesentlig (Orvik, 2004). En viktig lederegenskap er å smitte motivasjon over på ansatte (Spurkeland, 2013), og leders deltakelse kan ha bidratt til større engasjement for studien blant deltakerne ved at de har sett en mulighet for å gi leder større innblikk i deres arbeidshverdag. Leders deltakelse kan ha ført til at ansatte opplever leders støtte og interesse for deres meninger og refleksjoner, noe som kan være positivt også på sikt.

### **5.4 Sekretær**

At sekretær kun deltok i en fokusgruppe, kan være en svakhet ved studien. En sekretær kunne ha fanget opp stemning under diskusjonen, non-verbale utsagn og oppsummert på slutten av diskusjonen (Dalland, 2007; Malterud, 2018). Dette kunne ha bidratt til videre diskusjon eller at man hadde kommet dypere inn i enkelte utsagn. En sekretær kunne og ha hatt en annen oppfatning enn moderator av viktige momenter under diskusjonen, som kunne gjort at moderator hadde sett på datamaterialet med et annet blikk. Jeg tenker allikevel ikke at det er

en stor svakhet ved studien. Kvaliteten på lydbåndet var bra, og jeg gjorde noen notater etter hver fokusgruppediskusjon.

Jeg ser i etterkant at jeg skulle informert i forkant om at jeg kanskje kom til å ta med sekretær i fokusgruppediskusjon 2. Det var veldig usikkert hvorvidt personen fikk til å komme eller ikke, og det ble først avklart like før diskusjonen skulle starte. Det at vi kom to personer kan ha virket ekstra skremmende på enkelte av deltakerne, og gjort at de ble mer utrygge i situasjonen.

## **5.5 Utvalg**

Da fokusgruppediskusjonene fant sted på personalmøter hadde jeg ikke kontroll over hvem eller hvor mange som møtte opp. Det førte blant annet til at det i en fokusgruppe ble flere deltakere enn anbefalt. Jeg opplevde allikevel at det kom frem verdifulle data gjennom gode diskusjoner i gruppen. Erfaringer Eines og Thylèn (2012) har gjort, er at det i små grupper kan være utfordrende å holde dialogen i gang. Min erfaring med fokusgrupper finner ingen sammenheng mellom antall deltakere og dataene som kom frem. Jeg opplevde derimot at dynamikken i gruppa var avgjørende for dataene som kom frem. Det var generelt 2 – 3 deltakere som pratet mer enn de andre i hver gruppe, men min opplevelse var at det var rom og tid for alle som hadde lyst til å dele meninger og refleksjoner i alle gruppene.

## **5.6 Arena**

Det kan ha vært en ulempe for studien at diskusjonene fant sted på personalmøter, da fokusgruppediskusjoner ideelt sett bør foregå i rolige omgivelser fri for forstyrrelser (Eines & Thylèn, 2012). En faktor er at det i flere diskusjoner ble avbrytelser og uro ved telefoner som ringte, ansatte som kom for sent og brukere som tilkalte personalet. Mye av dette kunne vært unngått dersom intervjuene hadde funnet sted utenom arbeidstid, i mer rolige og tilrettelagte omgivelser. Det var mest fremtredende i to grupper, men jeg opplevde at det påvirket dataene i liten grad. Dalland (2007) trekker frem at det er en fordel at intervjuene skjer der deltakerne opplever seg hjemme, for eksempel på arbeidstedet.

Som moderator opplevde jeg et stress i forhold til tiden, begge veier. Jeg ønsket å holde meg innenfor den avsatte timen, samtidig som jeg ikke ønsket å bruke for kort tid. Dette ville vært unngått dersom diskusjonene hadde funnet sted utenom arbeidstiden. Det er og en mulighet for at ansatte følte på en forventning overfor leder når det kom til å delta på møtet. Dersom

man hadde personalmøtet i turnus, kan det ha vært ukomfortabelt å si at man ikke ønsket å delta i studien.

## **5.7 Troverdighet**

Troverdighet handler om i hvilken grad forskeren har frembrakt data som er pålitelige, gyldige og overførbare (Dragset & Ellingsen, 2008), og sier noe om hvorvidt vi "måler det vi tror vi måler" (Johannessen et al., 2012). I kvalitative studier må vi se på hvorvidt metoden undersøker det den har til hensikt å undersøke. Fokusgruppediskusjonene får kun frem hva ansatte sier om praktiseringen av empowermentprinsippene. Troverdigheten til gjeldende studie ville vært styrket ved metodetriangulering, for eksempel ved å ha gjennomført observasjon av praksisen til de ansatte i bolig for mennesker med utviklingshemming (Johannessen et al., 2011). Det er en styrke for studien at forskeren har vært moderator i alle fokusgruppediskusjonene, samt deltatt gjennom hele prosessen.

Troverdigheten i en studie kan svekkes ved at deltakerne ikke forteller hva de egentlig mener (Dalland, 2007). Erfaringer Carson (2007) har gjort seg er at deltakere i gruppeintervju kan respondere på det andre sier uten at svarene er gjennomtenkte. Dette er noe man må være bevisst på som forsker. Eines og Thylèn (2012) har og erfart at deltakere med andre synspunkter enn flertallet, kan avstå fra å dele egne meninger. Dette er en utfordring ved fokusgruppediskusjoner. Men forfatterne erfarte at deltakerne ble mer åpne og våget å være uenige etter at diskusjonen hadde pågått en stund. Min erfaring er at samtalene deltakerne imellom tok seg opp underveis i diskusjonen, og jeg opplevde at de ble tryggere og mer fortrolige med situasjonen. En fordel med fokusgruppediskusjon er at deltakerne kan bidra til endringer av hverandres oppfatning av et tema (Carson, 2007). Det erfarte jeg spesielt under temaet makt, hvor bevisstheten rundt asymmetrien i maktforholdet bruker – ansatt ble tydeligere i løpet av diskusjonen.

Troverdigheten kan styrkes ved at datainnsamlingen gjennomføres ved en metode som er relevant for hensikten med studien. Fokusgruppediskusjon er særlig egnet for å lære noe om erfaringer, holdninger og synspunkter i miljøer der flere samhandler (Malterud, 2017; Dalland, 2007), noe som kjennetegner en bolig for mennesker med utviklingshemming.

## **5.8 Reliabilitet**

Et grunnleggende spørsmål i forskning er hvorvidt dataene er reliable / pålitelige (Johannessen et al., 2011). Reliabiliteten til studien knyttes opp til nøyaktigheten av studiens



data, dataene som ble brukt, måten dataene ble samlet inn på og hvordan dataene ble bearbeidet (Dragset & Ellingsen, 2008). Dersom undersøkelsen kan gjennomføres av en annen forsker eller gjentas med 3 – ukers mellomrom, og få tilnærmet samme resultat, har studien høy reliabilitet. Jeg tenker at studien er reliabel. Ifølge Eines og Thylén (2012) er det viktig at forskeren ikke kjenner deltakerne personlig eller er direkte involvert i temaet som diskuteres for å unngå bias i studien. Erfaringen min er at det ikke påvirket studien negativt, men heller fikk deltakerne til å åpne seg og være ærlige.

### **5.9 Samstemmighet**

Det at jeg samarbeidet med to veiledere fra skolen om planleggingen av studien og analysen, er en styrke for studien. Samtidig er det en svakhet at kun jeg lyttet til lydbåndet. Lydbåndet ble kun lyttet til en gang, men dersom jeg var usikker på hva som ble sagt – hørte jeg setningen på nytt. Datamaterialet i sin helhet er lest gjennom av moderator og en veileder, mens de meningsbærende enhetene er lest gjennom av alle tre. Jeg har under hele prosessen hatt tett samarbeid med veiledere som har omfattende forskerkompetanse.

### **5.10 Overførbarhet**

Hensikten til en kvalitativ studie er ikke å generalisere til populasjonen, men å overføre kunnskap (Dragset & Ellingsen, 2008; Johannessen et al., 2012). Det er avgjørende for intern validitet at deltakerne og forskeren har felles forståelse for hvilke svar spørsmålene i intervjuguiden skal gi svar på (Malterud, 2018). Samtidig er det viktig at forskeren er åpen for nye spørsmål som kan komme opp gjennom diskusjonen. Dette opplevde jeg at jeg og deltakerne hadde. Felles for alle diskusjonene var at de var opptatt av å svare "riktig" og det jeg "ville høre" i starten av diskusjonen. Jeg opplevde allikevel at jeg klarte å få deltakerne til å slappe av underveis i samtalen, og berolige dem med at det ikke fantes rette eller gale svar. Dette er noe jeg vil være nøye med å presisere mer i starten dersom jeg skal være moderator ved en senere anledning. Det er viktig å at man som forsker er våken for faren for gruppepress i en fokusgruppediskusjon (Malterud, 2018), men det opplevde ikke jeg å erfare i noen av diskusjonene jeg gjennomførte. Det var noen som utmerket seg med å si mer enn andre i enkelte fokusgruppediskusjoner, men jeg opplevde allikevel at det var rom for at alle fikk sagt noe dersom de ønsket. Det var heller med på å skape en diskusjon og dra de andre deltakerne med i diskusjonen. Jeg mener at gjeldende studie kan ha overførbarhet til hva ansatte ved andre boliger med mennesker med utviklingshemming mener om empowermentprinsippene

og praktisering av disse. Utvalget består av ansatte fra 5 ulike boliger for mennesker med utviklingshemming, samt to kommuner.

### **5.11 Etiske vurderinger**

Etiske vurderinger ble tatt i betraktning under hele forskningsprosessen. Forforståelsen til forskeren danner et viktig utgangspunkt for fokusgruppediskusjonen, og det er viktig å være seg den bevisst (Dalland, 2007). Den vil under hele studien påvirke måten vi samler, leser og tolker data på (Malterud, 2017). Samtidig er forforståelsen helt avgjørende for å forstå virkeligheten (Johannessen et al., 2011). Forforståelsen kan være en viktig motivasjon for å sette i gang med forskning omkring et bestemt tema, noe som var tilfelle for meg og min studie. Det er en styrke for studien at jeg redegjorde for min egen forforståelse i forkant. Jeg opplevde det og som fordel for studien å ha kjennskap til temaet som ble belyst. Det gjorde det lettere å finne oppfølgingsspørsmål og vise anerkjennelse for deltakernes uttalelser. I tillegg ble hele forskningsprosessen gjennomført i tett samarbeid med to veiledere uten særlig kjennskap til mennesker med utviklingshemming bosatt i bolig.

Det er viktig å tenke gjennom det etiske aspektet med hvor fokusgruppeintervjuene finner sted (Eines & Thylén, 2012). Ved at diskusjonene fant sted på personalmøter, var det viktig at jeg som forsker var nøye med å presisere at deltakelse var frivillig. Informasjon om frivillig deltakelse ble sendt til de ulike boligene i forkant av studien, og ble gjentatt før diskusjonen startet. Det ble og respektert dersom deltakere ikke ønsket å si noe under fokusgruppediskusjonen. Anonymiteten til deltakerne ble nøye ivaretatt ved å bruke pseudonym under transkriberingen, for å ivareta forskerens etiske ansvar for den enkelte deltaker. Eventuelle dialekter er og unntatt i sitatene i artikkelen.

Gjensidig taushetsplikt i gruppa ble presisert før intervjuet startet.

## 6.0 KONKLUSJON

På tross av utfordringer som er belyst, er fokusgruppediskusjon en hensiktsmessig forskningsmetode for å innhente kvalitative data. Interaksjonene i gruppa bidrar til vesentlige synergieffekt som kan gi et bredt datamateriale.

Min erfaring er at metoden egnet seg for problemstillingen jeg ønsket å belyse, og var med å bidra til overførbar forskning på feltet. Det er viktig å være seg bevisst de metodologiske og praktiske utfordringene man står overfor når fokusgruppediskusjoner skal planlegges, gjennomføres og analyseres. Det kunne vært aktuelt å følge opp med en observasjonsstudie, for å se om de ansatte i bolig for mennesker med utviklingshemning praktiserer i overensstemmelse med sine meninger og refleksjoner. Det ville økt troverdigheten og overførbarheten til studien.

## 7.0 Litteraturliste

- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: Floksel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Carson, N. (2007). Erfaringer og refleksjoner ved bruk av gruppeintervju i kvalitativ forskning. *Norsk pedagogisk tidsskrift*, 91(3), 220-231.
- Dalland, O. (2007). *Metode for oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dragset, S., & Ellingsen, S. (2008). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Nett*, 5(4), 332-335. doi: 10.4220/sykepleienn.2011.0027.
- Eines, T. F., & Thylén, I. (2012). Metodologiske og praktiske utfordringer ved bruk av fokusgrupper som forskningsmetode – med fokus på pårørende som informanter. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* (8)1.
- Forskningsetikkloven. (2006). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (forskningsetikkloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>
- Johannessen, A. & Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Kaufmann, G., & Kaufmann, A. (2007). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2018). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger* (personopplysningsloven). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-0615-38>

Spurkeland, J. (2013). *Prestasjonshjelp – hvordan gjøre andre gode*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tveiten, S., & Boge, K. (2014). Hvorfor er ulike perspektiver på empowerment interessante som forskningsfelt, anvendelsesområder og praksiser? I S. Tveiten, & K. Boge, *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk - nye perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Oslo: Universitetsforlaget.