

# Masteroppgave

Master i Psykisk helsearbeid

Mai 2021

## «Fra kunnskapsdannelse til handlingskompetanse i tjenester til personer med utviklingshemming»

- En kvalitativ studie om helsefagarbeideres erfaringer i praksis etter gjennomført opplæring  
i «Mitt livs ABC»

Kandidatnavn: Evelyn Skalstad

Emnekode: MAPSD5900

Studiepoeng: 30

Antall ord: 19633

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid**

**Fakultet for helsevitenskap**

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY  
STORBYUNIVERSITETET



## FORORD

I året 1675 sa Isaac Newton følgende: «If I have seen farther, it is by standing of the shoulders of giants». Disse ordene har i løpet av det siste året blitt viktige for meg – på mange måter.

For hvis jeg nå virkelig kan se lenger og faktisk har utviklet ny forståelse og kunnskap, så er det fordi jeg har stått på skuldrene til kjemper. Kjemper i form av kloke vitenskapstenkere og filosofer som har beredt grunnen for at også vanlige folk som meg kan utvikle ny kunnskap og viten. Men også ved hjelp av hverdagskjempene som løfter meg i min hverdag.

Det er blitt sagt at det å jobbe med en masteroppgave er et egoistisk prosjekt som påvirker mange valg og relasjoner. Hvor mange kvelder har vel ikke min familie godtatt mine åndsfraværende svar uten klager, kanskje fordi jeg sjelden har vært helt sikker på hva jeg svarte ja til.

Dette har fått meg til å forstå at et masterprosjekt er umulig å fullføre alene. Menneskene i livet mitt har gitt meg mot og styrke. De har løftet meg, slik at jeg kan se lenger, og selv etter fylte 50 år, fremdeles kan kjenne på at jeg er i en lærende prosess - hele livet.

Det har vært et år som har bydd på gleder, sorger og utvikling, både faglig og personlig.

Denne masteroppgaven har vært mitt anker i denne perioden. Den har representert noe håndfast og konkret i en usikker tid hvor Covid 19 har påført verdenssamfunnet ufattelige skader, i tillegg til at alvorlig sykdom, tap og sorg har påvirket min nærmeste familie.

Jeg vil rette en særlig takk til alle de som har påvirket og blitt påvirket av mine valg i denne perioden.

Takk til min sjef Lisbeth Bakken, som la til rette for mulighetene til å endelig fullføre det jeg begynte på for 12 år siden.

Takk til mine gode kollegaer Kari Jokstad, Line Ek Andreassen og Hege Kylland for veiledning, språkvask og konstruktive tilbakemeldinger.

Takk til vår lille «skriveseminar gruppe» ved dyktig ledelse av Aud Misund. Susanne, Marit og Lise Daisy - sammen gav dere alltid ny energi og motivasjon til å begynne på'n igjen etter våre samlinger.

Takk til Kine Marie som velvillig stilte opp som kandidat for prøveintervju.

Takk til de flotte deltakerne og deres ledere som velvillig stilte opp for mitt prosjekt.

Takk til min veileder Aud Misund for uvurderlig støtte, tålmodighet og hjelp underveis.

Takk til min trofaste venninne Kjersti som alltid er der med oppmuntrende ord.

Takk til min nevø Lars Erik for gode tips, råd og hjelp i innspurten.

Og ikke minst – takk til Ivar, Joacim, Viljar og Alvilde for styrken og motivasjonen jeg henter fra dere.

## SAMMENDRAG

**Hensikt og formål:** Hensikt med denne studien var å undersøke helsefagarbeidere sine erfaringer med bruk av ny kunnskap i praksis i etterkant av opplæringsmodellen «Mitt livs ABC». Formålet var å utvikle økt forståelse og innsikt i betydningen av opplæringsmodellen i praksis. På sikt er formålet å fremme god psykisk helse og livskvalitet for den enkelte tjenestemottaker.

**Teoretisk forankring:** Studien er forankret i et filosofisk hermeneutisk og fenomenologisk vitenskapsteoretisk perspektiv. Drøfting gjøres i et salutogenetisk metaperspektiv.

**Metode:** For å kunne svare på problemstillingen ble det valgt å benytte kvalitativ metode. Et strategisk utvalg på fem helsefagarbeidere ble intervjuet enkeltvis ved hjelp av semistrukturerte intervju. Funn ble analysert via metoden systematisk tekstkondensering (STC) for tverrgående analyse av kvalitative data.

**Resultater:** Studiens mest fremtredende funn handlet om deltakernes erfaringer om hvordan og på hvilke måter de igangsatte og gjennomførte faglig funderte tiltak inspirert av teori og seminar fra «Mitt livs ABC». «Mitt livs ABC» ble opplevd å medføre økt trygghet i rollen som tjenesteyter og fikk deltakere til å reflektere over verdien av å ta den annens perspektiv. Refleksjonsgrupper i «Mitt livs ABC» fikk en særegen plass i betydningen av ABC-modellens mål om læring og kunnskapsutvikling. Temaene ansvar, faste stillinger og generasjonsskifte ble av deltakerne løftet som virkningsfulle faktorer for kvalitet i tjenestene.

**Konklusjon:** «Mitt livs ABC» ble erfart å være en god modell for kunnskapsdannelse særlig på grunn av kombinasjonen mellom teori, seminar og refleksjonsgrupper. Ny kunnskap benyttet i praksis ble beskrevet å ha betydning for tjenestemottakers selvbestemmelse og brukermedvirkning ved å gi de større oversikt over hverdagen samt lære de valgmuligheter for økt beslutningsstøtte. utfordringer med kunnskapsdannelse, kunnskapsdeling og opprettholdelse av kunnskap handlet blant annet om eget og lederes ansvar for forvaltning av ny kunnskap og hvordan overbevise andre i personalgruppen om nytteverdi av nye faglige ideer og tiltak.

**Nøkkelord:** Helsefagarbeidere, kunnskap, kompetanse, utviklingshemming, salutogenese, kvalitativ forskning, erfaringer.

## ABSTRACT

**Purpose:** The purpose of this study was to investigate the experiences of healthcare workers and their use of new forms of knowledge from «Mitt livs ABC» in their daily work with people with intellectual disabilities. In the long run care receivers good mental health and quality of life are essential.

**Theory:** This study is based on hermeneutic and phenomenological scientific theory. Results are discussed in a salutogenetic meta-perspective.

**Method:** This study has a qualitative design. Data is collected through individual interviews with five health care workers employed in the residence homes for adults with intellectual disabilities. The data analysis is conducted with the Systematic text condensation (STC) strategy.

**Results:** The most profound results concern the experiences of the participants on how they implemented and conducted professionally developed measures inspired by theory and seminars from «Mitt livs ABC». New knowledge also led to an increased sense of safety in their relations with the care receivers, and it made the participants reflect upon the value of seeing the world through the perspective of care receivers. The reflection groups in «Mitt livs ABC» achieved a peculiar position for the purpose of generating knowledge. Themes like responsibility, permanent employment and a generational change was mentioned by the participants as important factors affecting the quality of the services.

**Conclusion:** «Mitt livs ABC» was found to influence the generating of knowledge, especially because of the combination of theory, seminars and reflection groups. New knowledge used in practice was described to have an important influence on service receivers' self-determination and user-participation in their everyday lives, while also teaching them about the possibilities for decision-making support. Challenges affecting the production, sharing and reproduction of knowledge revolved around participants own and leaders' responsibility for dealing with new knowledge and how to convince colleagues about the utility of new professional measures.

**Keywords:** Healthcare workers, intellectual disability, experiences, knowledge, competence, salutogenesis, qualitative research.

# INNHOLDSFORTEGNELSE

## Innhold

1.0.	Innledning.....	1
1.1.	Begrunnelse for valg av tema og studiens relevans for fagfeltet psykisk helsearbeid .....	1
1.2.	Avklaring av noen sentrale begreper i studien: .....	2
1.3.	Bakgrunn .....	3
1.5.	Opplæringsmodellen «Mitt livs ABC».....	5
1.6.	Hensikt og formål.....	6
1.7.	Avgrensning mot problemstilling.....	6
1.8.	Problemstilling og forskningsspørsmål .....	7
1.9.	Kunnskapsgrunnlaget .....	7
1.9.1.	PICO skjema.....	7
1.9.2.	Litteratursøk .....	9
1.9.3.	Inklusjonskriterer:.....	9
1.9.4.	Eksklusjonskriterier:.....	9
1.9.5.	Klinisk kompetanse i praksis.....	10
1.9.6.	Opplæringsmodeller .....	11
1.9.7.	ABC opplæringen.....	13
2.0.	Teoretisk referanseramme .....	14
2.1.	Hermeneutikk .....	14
2.2.	Fenomenologi.....	16
2.3.	Det salutogenetiske perspektivet .....	18
2.3.1.	Mestringsressurser/motstandsressurser .....	19
2.3.2.	Opplevelse av sammenheng .....	19
2.3.3.	Stressfaktorer.....	20
2.4.	Locus of control.....	21
3.0.	Design og Metode .....	22
3.1.	Design.....	22
3.2.	Min forforståelse .....	23
3.3.	Refleksivitet.....	25
3.4.	Utvalg .....	25
3.4.1.	Rekruttering.....	26
3.5.	Det kvalitative forskningsintervjuet .....	27

3.6. Dokumentasjon.....	28
3.7. Transkriberingsfasen .....	29
3.8. Analyse.....	29
3.8.1. Helhetlig oversikt .....	29
3.8.2. Meningsbærende enheter:.....	30
3.8.3. Kondensering: .....	31
3.8.4. Syntese.....	32
3.9. Metodiske overveielser.....	33
3.9.1. Validitet .....	33
3.9.2. Reliabilitet .....	35
3.9.3. Relevans .....	36
3.9.4. Overførbarhet .....	36
3.10. Forskningsetiske overveielser .....	36
4.0. Resultater.....	40
4.1. Resultatkategori 1. Betydningen av kunnskap i praksis .....	40
4.1.1. Underavsnitt 1. Endringer i praksis .....	41
4.1.2. Underavsnitt 2. Kunnskap gir trygghet.....	41
4.1.3. Underavsnitt 3. Brukerperspektivet.....	42
4.2. Resultatkategori 2. Læring på tvers.....	43
4.2.1. Underavsnitt 1. Refleksjon over praksis.....	43
4.2.2. Underavsnitt 2. Personalmøtet.....	44
4.3. Resultatkategori 3. Virkningsfulle faktorer for kvalitet i tjenesten .....	44
4.3.1. Underavsnitt 1. Ansvar .....	44
4.3.2. Underavsnitt 2. Faste stillinger.....	45
4.3.3. Underavsnitt 3. Generasjonsskifte.....	45
5.0. Drøfting .....	46
5.1. Betydningen av ny kunnskap i praksis .....	46
5.1.1. Kunnskap gir trygghet .....	49
5.1.2. Brukerperspektivet .....	51
5.2. Læring på tvers.....	51
5.2.1. Refleksjon over praksis .....	52
5.2.2. Personalmøtet .....	53
6.0. Konklusjon .....	55
6.1. Implikasjoner for videre praksis og forskning.....	56
REFERANSELISTE .....	58



Tabell 1: PICO Skjema.....	8
Tabell 2: Innledende tema .....	30
Tabell 3: Innledende kodegrupper.....	31
Tabell 4: Oversikt over utvikling i analyseprosessen.....	33
Tabell 5: Resultatkategorier. ....	40
VEDLEGG 1: Søkestrategi og matrise over litteratursøk .....	65
VEDLEGG 2: Forespørsel om tillatelse til å rekruttere deltakere.....	72
VEDLEGG 3: Forespørsel om deltakelse i undersøkelse knyttet til en masteroppgave .....	73
VEDLEGG 4: Intervjuguide .....	78
VEDLEGG 5: NSD Personvern .....	82

## 1.0. Innledning

Dette kapittelet innledes med en begrunnelse for valg av tema og studiens relevans for fagfeltet psykisk helsearbeid. Videre gis en avklaring av sentrale begreper samt en nærmere oversikt over kompetansestatus og utdanningsnivået som råder i tjenestene til personer med utviklingshemming i dag. Deretter beskrives opplæringsprogrammet «Mitt livs ABC». Så presenteres studiens hensikt og formål før en avgrensning av oppgaven munner ut i studiens problemstilling og forskningsspørsmål. Avslutningsvis vil det gjøres rede for fremgangsmåte for litteratursøk samt en beskrivelse av hvor forskningsfeltet står i forhold til studiens problemstilling.

### 1.1. Begrunnelse for valg av tema og studiens relevans for fagfeltet psykisk helsearbeid

Gjennom flere års praksis som vernepleier i både kommune og spesialisthelsetjeneste, er det min erfaring at personer med utviklingshemming mottar kommunale tjenester preget av lav kompetanse og utdanningsnivå. Dette til tross for at mennesker med utviklingshemming utgjør en sårbar gruppe hvor behovet for tilrettelagte og faglig funderte tjenester har stor betydning for deres livskvalitet (Helsetilsynet, 2017). Nasjonale og internasjonale studier tyder også på at personer med utviklingshemming i tillegg er mer utsatt enn befolkningen generelt for å utvikle mer klassiske psykiske lidelser som angst, depresjon og psykoselidelser (NAKU, 2019).

I denne studien fokuseres oppmerksomheten mot opplæringsmodellen «Mitt livs ABC» som er et nasjonalt kompetansetiltak for å møte de utfordringene jeg nevner innledningsvis. Målgruppen omfatter alle ansatte i tjenester til personer med utviklingshemming, og er spesielt rettet mot medarbeidere uten formell kompetanse og ansatte med fagbrev, herunder helsefagarbeidere. Jeg har valgt å undersøke nærmere helsefagarbeidere sine erfaringer med bruk av kunnskap i praksis etter opplæring i «Mitt livs ABC». Utvikling av seminar til opplæringsmodellen er en del av mine arbeidsoppgaver i min nåværende stilling, og det har vært et ønske fra min arbeidsgiver å se nærmere på hvordan kunnskapen blir benyttet i praksis og medvirker til økt kompetanse.

## 1.2. Avklaring av noen sentrale begreper i studien:

**Personer med nedsatt funksjonsevne:** Med dette menes her en «paraplybetegnelse» for en sammensatt gruppe med ulike utfordringer, hvor utviklingshemming regnes som en av disse (Bufdir, 2018).

**Utviklingshemming:** Bufdir, (2018) sier følgende om diagnosen utviklingshemming: «Utviklingshemming er en samlebetegnelse for en rekke ulike diagnoser og tilstander som er knyttet til kognitive, språklige og sosiale vansker». Utviklingshemming deles inn i lett, moderat, alvorlig og dyp grad. Mennesker med utviklingshemming er en stor og heterogen gruppe hvor behov for bistand, hjelp og støtte i hverdagen er svært individuelle og varierer utfra grad av utviklingshemming (Bufdir, 2018).

**Tjenestemottakere:** Med tjenestemottakere menes her personer med utviklingshemming som mottar Helse- og omsorgstjenester.

**Tjenesteytere:** Med tjenesteytere menes her personer som yter Helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming.

**Deltakere:** Med deltakere menes her personer som utgjør utvalget i denne studien.

**Kunnskap:** Kunnskap forstås her som en tilegnelsesprosess som oftest skjer gjennom undervisning og separate læringsaktiviteter. Kunnskap blir å ha kunnskap om praksis heller enn å praktisere. Kunnskap kan derfor kjennetegnes gjennom abstrakt tenkning, teorier, modeller og konsepter (Filstad, 2016, s.111).

**Læring:** Med læring menes her tilegnelse av ny eller endret kompetanse i form av kunnskaper, ferdigheter eller holdninger - som gir relativt varige endringer i en persons atferdspotensial (Lai, 2012, s. 155).

**Kompetanse:** Dette begrepet forstås her som at kunnskap om hva og hvordan utvikles til kompetanse gjennom at kunnskap anvendes i praksis som kompetanse. Kompetanse forutsetter anvendelse av kunnskap, samtidig som utvikling av kunnskap og kompetanse forutsetter læringsprosesser (Filstad, 2016, s. 124-125).

### 1.3. Bakgrunn

Menneskerettighetene er et viktig grunnlag for arbeid med mennesker med nedsatt funksjonsevne. FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (heretter kalt CRPD) er her spesielt viktig. CRPD ble vedtatt av FN's generalforsamling 13. desember 2006, og ratifisert i 2013. Konvensjonens formål er fastsatt i artikkel 1 og handler om å fremme, verne om og sikre mennesker med nedsatt funksjonsevne full og likeverdig rett til å nyte alle menneskerettigheter og grunnleggende friheter. I tillegg til å fremme respekten for deres iboende verdighet, utgjør CRPD et verdimeslig grunnlag for tjenestetilbud til personer med utviklingshemming. CRPD fastslår videre at det ikke kan diskrimineres fra menneskerettighetene med utgangspunkt i funksjonsnedsettelse. Med dette fremmes retten til hjelp og tilrettelegging for å kunne realisere selvbestemmelse (Guddingsmo, 2020).

I pasient og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1 andre ledd, fastslås det at kommunen så langt som mulig skal samarbeide med bruker og pasient når tjenestetilbudet utformes og det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener.

Videre er forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016) er kommunale virksomheter pålagt å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere aktiviteter for å sikre faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring samt pasient- og brukersikkerhet. Videre stadfester forskriften § 6 «Plikten til å planlegge» virksomhetens plikt til å ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring. I forskriften § 7 «Plikten til å gjennomføre» stadfestes virksomhetens plikt til å involvere medarbeidere slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes.

Rettighetsutvalget «På lik linje» (NOU 2016:17), viser på sin side til at manglende kompetanse en gjennomgående utfordring i tjenestene til personer med utviklingshemming. Dette påvirker både tjenestekvalitet og brukernes rettssikkerhet. Dette er forhold som bekreftes i Helsetilsynet sin rapport «Det gjelder livet» fra deres landsomfattende tilsyn i 2017 (Helsetilsynet, 2017). Konsekvenser av manglende kompetanse i tjenestene kan være:

- Personal feiltolker eller overser sentrale symptomer på sykdom. Dette kan igjen medføre at alvorlig sykdom blir identifisert for sent eller at oppfølging svikter over tid (Hanlon et al., 2018).
- Lavere bevissthet omkring selvbestemmelse samt retten til å delta, og å være inkludert i samfunnet (FO, 2018).

Ellingsen et al., (2020) uttaler i denne sammenheng at den faglige forsvarligheten i disse tjenestene er truet og viser videre til at mangelen på fagutdannet personal i tjenester til personer med utviklingshemming har vært dokumentert lenge. Tall fra deres studie om status på kompetanse og utdanningsnivå i tjenester til personer med utviklingshemming, viser at 33,2 prosent av ansatte er såkalt ufaglærte, ansatte med fagbrev utgjør 38,6 prosent av ansatte, og ansatte med utdanning fra universitets- og høyskole, herunder profesjonsstudiene, utgjør den minste gruppen med en andel på 28,2 prosent. Av sistnevnte har kun 10,7 prosent vernepleierutdanning.

Som en del av gruppen ansatte med fagbrev, representerer helsefagarbeidere den største gruppen ansatte i tjenester til personer med utviklingshemming med 51,9 prosent (Ellingsen et al., 2020). Helsefagarbeider tilsvare tre år helsefaglig utdanning på videregående nivå. Ifølge kompetansemål i læreplanen for helsearbeiderfaget er det i obligatorisk undervisning fastsatt at de skal kunne planlegge og iverksette tiltak som fremmer psykisk helse og livskvalitet. Læreplanen har derimot ingen kompetansemål om diagnosen psykisk utviklingshemming (Utdanningsdirektoratet, 2017). Ifølge Ellingsen et al., (2020) kan konsekvensen bli at unge nyutdannede helsefagarbeidere som kommer inn i tjenester som er lave på kompetanse fra før, følgelig har et markert behov for økt kunnskap og kompetanse om målgruppen. Mange helsefagarbeidere har imidlertid lengre erfaring som medarbeidere uten formell kompetanse i tjenestene, før de fullfører et læringsløp og senere får fast stilling som autoriserte helsefagarbeidere.

Gjennom flere tiår har internasjonale og nasjonale fagmiljø kunnet vise til at manglende adekvat opplæring til tjenesteytere, gir store konsekvenser for brukere og helsepersonell i form av lav grad av sikkerhet og dårligere livskvalitet (Landesman -Dwyer & Knowles, 1987), (McKenzie et al., 2000). Forskjellige type opplæringsprogrammer til helsepersonell er i flere empiriske studier fremmet som effektive for å øke kunnskapsnivået i disse tjenestene (Rose et al., 2012), (Fossli et al., 2014). Likevel er det ikke slik at de alltid fører til forventede endringer i holdninger, kunnskap eller atferd over tid (Gormley et al., 2020). Landesman-Dwyer & Knowles (1987) hevder i denne sammenheng at selv de beste opplæringsmodeller som produserer umiddelbare endringer i kunnskap og holdninger, risikerer å feile i å sikre langtidseffekter om ikke det er et sosialt miljø som støtter endringene.

Med bakgrunn i NOU 2016:17, og Helsetilsynet (2017) vil Helsedirektoratet etter planen publisere en nasjonal veileder om gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming, som tydelig formulerer hva som er forsvarlige kommunale helse- og

omsorgstjenester til personer med utviklingshemming i løpet av våren 2021 (NAKU, 2019). Det knyttes forventninger til at denne veilederen vil gi kommunene mer kunnskap og støtte til hvordan utvikle faglig forsvarlige tjenester og herunder adekvat og tilpasset kompetanse til helsepersonell. I høringsutkastet til denne nasjonale veilederen presiseres det blant annet at kommunen skal bidra til god psykisk helse hos personer med utviklingshemming ved å sørge for:

- En aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre
- Støtte til fysisk aktivitet, godt kosthold og regelmessig søvn
- Opplæring i kommunikasjon og utvikling av sosiale ferdigheter
- Tjenester av god kvalitet
- Tilstrekkelig avlastende hjelpetiltak for familien
- Tilrettelagt støtte ved livsoverganger og spesielle hendelser

(Helsedirektoratet, 2020).

### 1.5. Opplæringsmodellen «Mitt livs ABC»

Det skal nå gjøres nærmere rede for opplæringsmodellen «Mitt livs ABC».

«Mitt livs ABC» er en bedriftsintern opplæringsmodell basert på «Alderspsykiatriens ABC» fra 1992 (Døble & Eek, 2015, s.9). Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse (heretter kalt Aldring og helse) har fått i oppdrag av Helsedirektoratet å utarbeide «Mitt livs ABC» hvor formålet er å styrke kompetansen i tjenestene til personer med utviklingshemming, særlig hos medarbeidere uten formell kompetanse. Ifølge Meld. St. 45 (2012-2013), s.21, skal «Mitt livs ABC» etableres som en del av Kompetanseløftet 2015 og etter modell av «Demensomsorgens ABC».

«Mitt livs ABC» skal bidra til økt bevisstgjøring og faglig skjønn samt bedre praksis hos helsepersonell. Opplæringsmodellen består av tre deler: Studiehefter, tverrfaglige sammensatte studiegrupper og seminar. Målet med opplæringsmodellen er å bidra til bedre livskvalitet, tjenester og rettssikkerhet for personer med utviklingshemming. «Mitt livs ABC» er sentrert omkring to perm. En innledende perm og en oppfølgingsperm. Hver perm inneholder 10 studiehefter og gjennomføres på ca. ett år (Aldring og helse, 2020)

De tverrfaglige studiegruppene består av seks til åtte deltakere og de gjennomfører minimum ett gruppemøte på 1-2 timer per studiehefte. Alle deltakere skal møte forberedt til

gruppemøtene. Gruppemøtene blir ledet av en ordstyrer. Denne kan velges for hele perioden, men noen grupper velger at dette ansvaret går på rundgang (Fossli et al. 2014).

I hver kommune utpekes det en eller flere ABC kontakter, avhengig av kommunens størrelse, som er bindeleddet mellom underleverandør, ledere og deltakere i kommunen. ABC kontaktene har et særlig ansvar for oversikt og informasjonsspredning ut til eget fagmiljø (Aldring og helse, 2020).

For hver perm arrangeres to fagseminar. Her samles gjerne deltakere fra flere kommuner. En leverandør har et avtalefestet ansvar for «Mitt livs ABC» i en kommune eller region. Leverandørens rolle kan ivaretas av et Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i fylket, heretter kalt USHT, eller spesialisthelsetjenesten. Den enkelte kommune kan også velge å ivareta opplæringen selv. Leverandør er særlig ansvarlig for å organisere og gjennomføre seminar for deltakere (Aldring og helse, 2020). Leverandører samarbeider tett med Aldring og helse og tilstreber å gjennomføre opplæringsforløpet etter denne idealbeskrivelsen.

## 1.6. Hensikt og formål

Hensikt med denne studien var å undersøke helsefagarbeidere sine erfaringer med bruk av ny kunnskap i praksis etter gjennomført «Mitt livs ABC». Formålet var å utvikle økt forståelse og innsikt i betydningen av «Mitt livs ABC» i praksis. På sikt er det et endelig formål å fremme god psykisk helse og livskvalitet for den enkelte tjenestemottaker.

## 1.7. Avgrensning mot problemstilling

Kompetansemodellen «Mitt livs ABC» gjelder for alle som gir tjenester til personer med utviklingshemming, det være seg skole, barnehage, bolig, aktivitetssenter og andre type institusjoner. For å øke muligheten for overførbarhet av resultater, vil problemstillingen avgrenses til å gjelde helsefagarbeidere som jobber i bofellesskap i tjenester til personer med utviklingshemming over 18 år.

## 1.8. Problemstilling og forskningsspørsmål

«Hvilke erfaringer har helsefagarbeidere med bruk av ny kunnskap i praksis etter deltakelse i Mitt livs ABC»?

- Forskningsspørsmål 1: Hvordan blir ny kunnskap fra «Mitt livs ABC» synlig i møte med tjenestemottakerne?
- Forskningsspørsmål 2: Hvordan bidrar «Mitt livs ABC» til kunnskapsdannelse?
- Forskningsspørsmål 3: Hva erfarer helsefagarbeidere bidrar til opprettholdelse av ny kunnskap?

## 1.9. Kunnskapsgrunnlaget

### 1.9.1. PICO skjema

Før oppstart av litteratursøk ble problemstillingen satt inn i et PICO-skjema. Ifølge Nortvedt et al., (2012, s.33) vil bruk av PICO skjema bidra til å klargjøre problemstillingen for databasesøk. Bokstaven P i ordet PICO viser til problem eller populasjon. Bokstaven I viser til intervensjon. Bokstaven C står for comparison eller sammenligning på norsk og er kun aktuelt ved søk etter kvantitative studier hvor man sammenligner effekt av flere intervensjoner. Bokstaven O står for outcome eller utfall på norsk (Nortvedt et al., 2012). Da innledende søkeord var identifisert, ble det forsøkt å fange opp flere varianter av disse ved å vurdere de opp mot artikler som omhandlet det aktuelle emnet, fagbøker samt i termbasen MeSH (Medical Subject Headlines) på norsk og engelsk (Helsebiblioteket, 2020). Se Tabell 1: PICO Skjema.



Tabell 1: PICO Skjema

PICO SKJEMA			
Problemstilling: «Hvilke erfaringer har helsefagarbeidere med bruk av ny kunnskap i praksis etter deltakelse i «Mitt livs ABC?»			
		Norske søkeord	Engelske søkeord og søkestrategi
P (Population)	Helsepersonell i «Mitt livs ABC»	Medarbeidere Ansatte Tjenesteytere Personal Helsepersonell Utviklingshemmede	Staff <b>OR</b> Employees <b>OR</b> Health personell <b>AND</b> Intellectual disability
			<b>AND</b>
I (Intervention)	Opplæringsmodellen «Mitt livs ABC»	Kompetanseopplæring Opplæringsmodeller Utvikling Kunnskapsutvikling Arbeidsplasslæring Personal utvikling  Organization learning	Competence/expertice focus <b>OR</b> Staff programs <b>OR</b> Staff training <b>OR</b> Competence models <b>OR</b> Workplace learning <b>OR</b> Education <b>OR</b> Staff development <b>OR</b> Organization learning
C (Comparison)	Ikke aktuelt da dette er en kvalitativ studie <b>AND</b>		
O (Outcome)	Deltakeres erfaringer om nytteverdi av ny kunnskap i daglig praksis etter opplæring i ABC modellen	Erfaringer Kunnskap Økt kompetanse Evaluering	Experiences <b>OR</b> Knowledge <b>OR</b> Increased competence <b>OR</b> Evaluation
			<b>AND</b>
S (Study)	Kvalitativ forskning	Kvalitativ forskning  Intervjuer	Qualitative research <b>OR</b> Interviews

### 1.9.2. Litteratursøk

Kunnskapsgrunnlaget er i hovedsak basert på litteratursøk i databasene Cinahl, Pubmed, Cochrane Library, PsychInfo, Idunn, Swemed+ samt frisøk i Google Scholar. Første litteratursøk ble gjennomført i perioden februar 2020 til og med mai 2020.

Det ble videre tatt kontakt med biblioteket til Aldring og helse med forespørsel om tilgang til aktuell forskning og rapporter om «Mitt livs ABC» samt en vurdering av om min valgte søkestrategi var fornuftig. Slik ble en artikkel og en rapport om «Mitt livs ABC» identifisert og inkludert i studien.

Innledningsvis ble det søkt på søkeord enkeltvis, og antall treff ble notert. Deretter ble søket snevret ved å søke på kombinasjoner for hvert PICO - element og antall treff ble notert. Til slutt ble alle kombinasjonene samlet, og antall treff ble notert ved en endelig innsnevring av søket.

### 1.9.3. Inklusjonskriterer:

- Studier som omhandlet opplæringsmodeller og helsepersonell sine erfaringer i etterkant av opplæring i tjenester til personer med utviklingshemmede spesielt, samt innen eldreomsorg. Eldreomsorg ble her inkludert innledningsvis fordi ABC modellen i utgangspunktet er utviklet for eldreomsorgen.
- Kvalitative og kvantitative studier spesifikt rettet mot utvikling av kunnskap og kompetanse i tjenester til personer med utviklingshemming over 18 år. Det var mitt håp å identifisere både kvalitative og kvantitative studier, da jeg forstår det slik at disse utfyller hverandre.
- Review's og primærstudier.
- Studier publisert mellom 2010 og 2020.
- Engelskspråklige studier fra skandinaviske land, USA og Storbritannia og andre sammenlignbare land med Norge.
- Studier med opplæring av helsepersonell i pleie,- og omsorgssektoren, herunder eldreomsorg og tjenester til voksne utviklingshemmede.

### 1.9.4. Eksklusjonskriterier:

- Studier publisert før 2010 i mitt innledende søk.
- Studier fra antatt ikke-sammenlignbare land med Norge.
- Andre faggrupper enn helsepersonell.
- Studier med opplæring av helsepersonell i tjenester til barn med utviklingshemming spesielt.

Ut ifra et innledende databasesøk i norske og internasjonale anerkjente databaser ble syv aktuelle artikler identifisert. For å finne flere relevante artikler ble det gjort søk på «beslektede artikler» i databasene hvor de mest aktuelle artiklene ble identifisert. I tillegg ble referanselister på disse artiklene også gjennomgått. Ytterligere tre aktuelle artikler ble identifisert som aktuelle på denne måten.

I alt ble tretten artikler identifisert og vurdert som aktuelle for nærmere kritisk vurdering etter mitt innledende søk. Jeg benyttet elementer av mal for kritisk vurdering av artikler via Helsebiblioteket.no for å vurdere aktuelle artikler mer inngående. På denne måten ble antallet redusert fra tretten til syv, hvorav to av de var oversiktsartikler og fem av de var primærstudier.

I en av de to valgte oversiktsartikler (Rose et al., 2012) ble også syv siterte artikler funnet interessante. Artiklene ble indentifisert og lastet ned via ORIA og Google scholar. På denne måten ble også et svært relevant bokkapittel fra 1987 funnet etter gjennomgang av referanser fra disse syv artiklene. Denne måtte bestilles fra universitetsbiblioteket og ble inkludert grunnet sin relevans for kunnskapsdannelse og opprettholdelse av denne, til tross for at artikkelen må regnes å være gammel.

Etter nøye gjennomgang, ble endelig tre oversiktsartikler (reviews) og to primærstudier fra mitt innledende databasesøk inkludert i min studie. I tillegg ble ytterligere fem studier og et bokkapittel fra mitt sekundærsøk funnet såpass interessante at de blir referert til som en del av kunnskapsgrunnlaget i denne studien. Se VEDLEGG 1: Søkestrategi og matrise over litteratursøk.

#### 1.9.5. Klinisk kompetanse i praksis

I min studie fant jeg lite empiri på erfaringer omkring hvordan ny kompetanse blir anvendt i praksis i tjenester til utviklingshemmede. Imidlertid ble det i denne sammenheng gjort interessante treff innenfor andre fagområder. Lejonqvist et al., (2012) har sett nærmere på spørsmålet om hvordan klinisk kompetanse ser ut i praksis. Målgruppen var sykepleiestudenter i sitt tredje år i praksis, deres veiledere i praksis samt deres lærere. Forskerne utviklet en kvalitativ intervjuguide med åpne spørsmål. Disse omhandlet blant annet hva som karakteriserer en klinisk kompetent sykepleier, hvilke erfaringer de hadde gjort seg om klinisk kompetanse i sykepleie, hva bidrar til klinisk kompetanse samt hvordan opprettholde denne. I resultatdelen ble det redegjort for deltakernes erfaringer. Deltakerne la vekt på at klinisk kompetanse i praksis ble særlig tydelige i de direkte møtene med pasienten. Flere svarte at det å ha oppdatert kunnskap om faget samt det å kunne ta gode avgjørelser

basert på refleksjon var viktig. Kompetanse viste seg også i hvordan pleie og omsorg faktisk ble gitt og utført. Det å ha tro på seg selv som hjelper medførte at man modnet i rollen og økte kvaliteten på tjenestene som ble gitt. Egenskaper som motivasjon, villighet til å lære, søke muligheter og målformulering ble fremmet som viktige for å hele tiden kunne utvikle seg. Dette ble også fremmet som vesentlige faktorer for hvordan kompetanse viser seg i praksis (Lejonqvist et al., 2012).

Når det gjelder tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne peker flere studier i retning av mangel på relevant kunnskap og kompetent personal (Rose et al., 2012), (Gormley et al., 2020). Dette er i tråd med konklusjoner i «På lik linje» (NOU 2016:17) og Ellingsen et al., (2020), om at manglende kompetanse i tjenester til utviklingshemmede er en stor nasjonal utfordring. Manglende kunnskap og kompetanse i tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne kan også ha andre alvorlige konsekvenser. I denne sammenheng fremmer Bjarnason et al., (2015) en hypotese om at mangel på nødvendig kunnskap kan føre til negative holdninger til personer med utviklingshemming.

#### 1.9.6. Opplæringsmodeller

Rose et al., (2012) har tatt for seg 29 artikler i en oversiktsartikkel med mål om å få oversikt over opplæringsmodeller som bidrar til økt kvalitet på ferdigheter, kunnskap og holdninger i arbeid med personer med utviklingshemming, samt hvordan opplæringen innvirket på praksis. Forskerne inkluderte et bredt spekter av type opplæringsmodeller og identifiserte flere artikler hvor det både ble beskrevet økt kunnskap i etterkant av opplæring og at denne kunnskapen også vedvarte over en gitt periode under oppfølging.

Historisk sett har opplæringsmodeller rettet mot medarbeidere uten formell kompetanse, vært preget av spesifikk ferdighetstrening for å mestre spesielle oppgaver eller for å kunne bidra inn en spesifikk type faglig tilnærming (McKnight & Kearny, 2001), (Finn & Sturmey, 2009).

Finn & Sturmey, (2009) ønsket å undersøke et bredere område enn kun ferdighetstrening, og gjennomførte en kvantitativ studie hvor ansatte fikk opplæring i en mer helhetlig kompetansemodell som rettet seg mot holdninger og positiv samhandling. Ansatte jobbet i par hvor en fungerte som veileder for den andre. Målet var å øke positiv interaksjon med tjenestemottakere og studiens resultater ble definert som vellykket. Studien tok også for seg om det var noen sammenheng mellom verbale og skriftlige instruksjoner i forkant av opplæring om holdninger og atferd, slik modellering og veiledning i praksis så ut til å gjøre. En slik sammenheng ble ikke avdekket i denne studien. Utfra studiens funn, anbefalte

forskerne at ferdighetstrening alene ikke var å anbefale, men heller som et ledd i en mer helhetlig opplæringspakke med kunnskap og holdningsendringer som hovedtema.

Konklusjoner kunne ikke trekkes grunnet lite utvalg.

McKenzie et al., (2000) undersøkte via spørreskjema i sin kvantitative studie, effekten av å gjennomføre dagskurs for medarbeidere uten formell kompetanse, kunnskap om diagnosen utviklingshemming, ansvar og plikter som ansatte, atferd som utfordrer samt atferdsanalytiske metoder for analyse og tiltak. De fant en signifikant økning i generell kunnskap om utviklingshemming og viktighet av valg og forpliktende omsorgsoppgaver, målt umiddelbart i etterkant av kurset selv ut fra et dagskurs. Oppfølging i form av spørreskjema ved tredje, sjette og tolvte måned, fant at kunnskap vedvarte i hele denne tiden. Forfatterne kunne imidlertid ikke vite om dette var fordi deltakerne ble mer interessert i faget etter opplæringen, og derav leste og diskuterte mer enn tidligere. En svakhet ved dette spørreskjema ble vurdert til å være at de ikke klarte å fange opp om kunnskapen faktisk ble benyttet i praksis (McKenzie et al., 2000).

Wong & Wong, (2008) fant at personal som fikk prøve ut kunnskap i praksis mellom kursdager fasiliterte effektiv opplæring, men igjen var utvalget såpass lite at det er vanskelig å trekke noen konklusjoner.

Gormley et al., (2019) gjennomførte en randomisert kontrollert studie om betydningen av evidensbasert kunnskap og ferdighetstrening i tjenester til mennesker med utviklingshemming for utvikling av kunnskap, ferdigheter og selvtilit i arbeidet. Tolv tjenestesteder takket ja til deltakelse, hvor det ble tilfeldig trukket ut 54 deltakere til en intervensjonsgruppe og 50 deltakere til en kontrollgruppe. Intervensjonsgruppen fikk en opplæringspakke med teori i tre påfølgende dager, til sammen 20 timer. Kontrollgruppen fikk kun veiledning som vanlig opp mot den enkelte bruker i hele perioden. For begge grupper ble det gjennomført kartlegging av kunnskap, ferdigheter og holdninger i forkant av intervensjonen (baseline) samt etter fire uker. Deltakere i intervensjonsgruppen ble etter innledende opplæring observert i praksis i fire uker med feedback på sitt arbeid. Resultat viste signifikant økning av kunnskap og ferdigheter i intervensjonsgruppen som viste seg å bli opprettholdt i løpet av de fire neste ukene.

Studien kunne ikke vise til økt selvtilit i arbeidet, men deltakernes holdninger i intervensjonsgruppen til denne type opplæring var gjennomgående positiv i motsetning til kontroll gruppen som helhetlig sett var mer negative til implementering og var opptatt av barrierer som tid og kostnader til slike typer opplæringstiltak.

Studien konkluderer med at dette er en vellykket måte å gi evidensbasert opplæring til personal i tjenester til personer med utviklingshemming, men det er behov for oppfølging i mer enn fire uker for å vurdere om kunnskap og ferdigheter opprettholdes, samt om det har en reell effekt for brukerne av tjenestene (Gormley et al., 2019).

Ut fra de nevnte studiene kan kunnskapsgrunnlaget om opplæringsmodeller tyde på at en kombinasjon av teori, praksis, refleksjon, samt direkte observasjon og feedback i miljøet, er sentralt for å påvirke kunnskap og ferdigheter i praksis. Likevel, på tross av at empiri kan tyde på gode resultater i form av økt kunnskap ved forskjellige type opplæringspakker til ansatte samt at ny kunnskap opprettholdes i en viss tid i etterkant, råder det slik jeg leser funn i kunnskapsgrunnlaget, fortsatt usikkerhet omkring hvilken effekt og nytteverdi opplæringen har i praksis over tid.

#### 1.9.7. ABC opplæringen

Fossli et al., (2014) gjennomførte en evalueringsstudie for å vurdere nytteverdi av ABC modellen i lys av kommunenes behov for kvalifisert og faglig oppdatert personell innen eldreomsorgen. Strukturerte spørreskjema ble formidlet til avdelingsledere og deltakere i ABC opplæringen. Over 90% av deltakerne bekreftet at modellen gav økt fagkunnskap og at kompetansen ble anvendt i møte med pasient og pårørende. Det var også høy fornøydhetsgrad av selve opplæringsprogrammet, hvor de læringsfremmende faktorer som ble fremhevet var de halvårige seminarene og særlig studie/refleksjonsgruppene som ble avholdt månedlig i opplæringsperioden. Studien viste videre at avdelingslederens rolle var viktig for at ny kompetanse skulle bli etterspurt og brukt i praksis (Fossli et al., 2014). Det var også en forutsetning av avdelingskulturen var nysgjerrig på ny kunnskap og viten i tråd med en «lærende organisasjon» (Fossli et al. 2014 referert i Wadel, 2008).

## 2.0. Teoretisk referanseramme

Jeg skal i det neste kapittelet presentere studiens teoretiske perspektiv. Ifølge Malterud, (2017, s.47) vil det teoretiske perspektivet bidra til å bedre kunne forstå empiriske funn og derav sette disse i en større sammenheng.

Jeg er særlig inspirert av Hans-Georg Gadamer sin teori om fortolkning som jeg forstår som en grunnleggende teori om forståelse. Videre finner jeg fenomenologien viktig for ytterligere søken etter forståelse av menneskets erfaringer, opplevelser og livsverden. De vitenskapsteoretiske perspektivene blir gitt en sentral plass i dette teorikapittelet da de for meg omslutter mye av mitt arbeid, tenkning og inspirasjon i denne studien. Det vil gjøres nærmere rede for hvordan jeg forstår sammenhengen mellom disse to vitenskapsteoretiske perspektivene og hvilken betydning de har fått for min studie i metodekapittelet.

Teori om det salutogenetiske perspektivet og Antonovsky (2012) sin forståelse av mestringsressurser og opplevelse av sammenheng (OAS) har vært viktig for en salutogenetisk forståelse av studiens resultater. Deretter følger en kort beskrivelse av teorien om Locus of control (Galvin et al., 2018).

### 2.1. Hermeneutikk

Hermeneutikk som metodologi har sitt opphav fra det greske ordet «hermeneuein» som kan oversettes til det å tolke eller fortolke (Thomassen, 2006, s.157). Ifølge Malterud (2017, s.28) handler den hermeneutiske erkjennelsestradisjon om tolkning av meninger i menneskelige uttrykk som et utgangspunkt for forståelse. Gadamer (2003, s. 43) sier at all forståelse begynner med at noe taler til oss. Samtale har en sentral og grunnleggende rolle innenfor den filosofiske hermeneutikken. Samtalen bærer preg av en stadig uendelig søken etter sannheten (Gadamer, 2003, s. 114). Dette kjenner vi igjen fra vitenskap og metodelitteratur som ofte viser til at vitenskap handler om denne evige jakten på sannhet. Hermeneutikkens metodiske karakter er tydelig i denne sammenheng. Gadamer filosoferer mye over hva som er sannhet. Han mener at sannhet best kan beskrives som «ikke-skjulthet» og at det å la det «ikke skjulte» bli synlig, er hele meningen med talen. Han peker videre på at det som representerer sannhet i tale kan altså avhenge av om det fortalte faktisk samsvarer med det som er virkeligheten (Gadamer, 2003, s. 20).

Hermeneutikk kan ifølge Gadamer (2003) forstås som en forståelsens filosofi med språkets forskjellige dimensjoner i fokus. Hermeneutikken har videre slik jeg forstår det, en tydelig ontologisk karakter med tanke på Gadamers filosofiske tilnærming til forståelsens natur. En ontologisk teori kan sies å være knyttet til våre forestillinger om hvordan verden ser ut (Busch, 2013, s.50). Ifølge Gadamer (2003, s. 40) betyr forståelse primært å forstå seg selv i saken, og deretter skille ut og forstå den andres mening som sådan. Den første hermeneutiske betingelsen sier Gadamer, er altså en felles forståelse av saken (2003, s. 40).

Den hermeneutiske forståelsesteori som metode vil for min studie være av særlig betydning under mine intervju med deltakere samt når intervjuene er transkribert til tekst. Jeg vil altså ifølge Gadamer (2003) være en «fortolkende mottaker» av budskap og mening både direkte i en samtalsituasjon, og deretter i form av transkribert tekst som beskrives og fortolkes.

Gadamer (2003), s. 116 viser i denne sammenheng til at all hermeneutikk er samtale, selv om samtalen foregår med en tekst. I det å være en «fortolkende mottaker» forstår jeg Gadamer slik at dette innebærer et metodisk ansvar om å være sin for – forståelse og forståelseshorisont bevisst. Innen hermeneutisk tradisjon må man for å forstå, søke forut for forståelsen og avdekke for – forståelsen. På denne måten viser Gadamer til at ingen utsagn kan forstås utelukkende fra sitt innhold. Dette fordi ethvert utsagn er motivert av det som ligger forut for utsagnet som ikke så lett kan settes ord på. Gadamer hevder at den eneste logiske måten å finne ut hva som ligger forut for et utsagn er å spørre hvilket spørsmål som ligger forut for utsagnet. (Gadamer, 2003, s. 27). Når vi blir klar over at våre tankesett ikke er uten forutsetninger, utfordrer vi vår forståelseshorisont og blir i stand til å stille spørsmål som kan gi nye svar, noe som ifølge Gadamer (2003, s. 28) er det som skaper forskeren.

I intervjusituasjonen er forskeren i direkte dialog med deltakere i min studie. I analysefasen er forskeren også i en type dialog, men her med det transkriberte tekstmaterialet. Dette skjer ved at lese tekstmateriale og få en oversikt eller en innledende oppfatning av helheten. Etter hvert som forskeren stiller spørsmål til utsagn og videre leser flere deler av teksten, finner forskeren hele tiden nye svar som medfører en endring av den tidligere helhetsoppfatningen. Dette er også kjent som den hermeneutiske regel eller sirkel som ifølge Gadamer (2010, s.329) handler om å forstå helheten ut ifra delen og delen ut ifra helheten.

Gadamer (2003) retter mye oppmerksomhet mot hva som kjennetegner en virkelig samtale. Han forutsetter at man i en samtale virkelig gjør et forsøk på å sette seg inn i den andres sted, ikke for nødvendigvis å bli bedre kjent med den andres rent personlig, men for å forstå hva han egentlig mener (Gadamer, 2003, s. 114). Forskeren må forstå at utsagn vi i



utgangspunktet oppfatter som motstand eller et syn på en sak vi ikke umiddelbart forstår, faktisk har en «urkraft» som vi må sanse. En forsker må være seg bevisst hva han skal gjøre med denne «urkraften» og Gadamer kommer her frem til et hovedpoeng innen hermeneutikken: at alle typer ytringer må forstås som et svar på et spørsmål (Gadamer, 2003, s. 115).

Inspirert av Gadamer aner jeg språkets ontologiske dimensjon i lys av samtalen, altså hvordan språk er preget av vår forståelse av virkeligheten. I samtalen blir det stilt spørsmål og det blir gitt svar. Gadamer peker på at det er i et møte med et annet menneske vi faktisk møter en annen forståelseshorisont. En forståelseshorisont kan bestå av holdninger, livssyn, overbevisninger, erfaringer og kunnskap, men også vår bevissthet om vår bakgrunn og historie på et gitt tidspunkt. Målet med samtalen sier Gadamer, må være å forstå hvilke holdninger og overbevisninger som utgjør samtalepartnerens horisont, for på den måten å berike sin egen, og dermed finne et felles ståsted der horisontene – ideelt sett – smelter sammen, også kalt en horisontsammensmeltning. Bare slik er det mulig å oppnå en felles forståelse for et tema. Denne beskrivelsen gjelder for all hermeneutisk praksis. Gadamer viser videre til at det i møtet med en annen forståelseshorisont – det være seg i en tekst eller hos en person, også må stille spørsmål ved vår egen forståelseshorisont (Gadamer, 2003, s. 116). Ifølge Gadamer (2003) må den som vil forstå en tekst, være opptatt av å lytte til hva tekstens egentlige budskap. Dette krever at forskeren forsøker å være åpen for nye elementer i teksten. Dette er imidlertid ikke mulig sier Gadamer (2003, s38-39) uten å bli oss bevisst våre egne fordommer. Bare slik kan vi bli kjent med nye elementer, også det Gadamer (2003) kaller «anderledesheten» i en tekst. På denne måten kan vi forstå Gadamer (2003, s.57) dithen at fordommer ikke er noe som bare kan settes til side, men må brukes aktivt for tilegnelse av ny innsikt og forståelse. Slik forstår jeg at fordommer ikke nødvendigvis representerer noe negativt, men benyttet med bevissthet og klokskap, heller representerer en styrke.

## 2.2. Fenomenologi

Ved å benytte fenomenologisk metode er det for å oppnå økt forståelse og innsikt i menneskers opplevde livsverden (Johannesen et al. 2016 s. 171).

Ordet fenomen er gresk og betyr – «det som viser seg». I dette ligger en forståelse om å beskrive et fenomen slik det fremtrer i øyeblikket og kan derved sies å være en vitenskap om hvordan det vi erfarer trer frem (Wifstad, 2018).

Den tyske filosofen Edmund Husserl (1859 – 1938) har vært en sentral person for fenomenologien. Perspektivet på det å være menneske og refleksjoner over hvordan mennesker tilegner seg kunnskap, har vært Edmund Husserl sitt fokus. Omkring 1900 tallet hadde naturvitenskapene en sterk posisjon og fremveksten av fenomenologien kan forstås som et motsvar på den generelle skepsisen mot den filosofiske måten å forstå og forklare kunnskap på og hvordan den skulle legitimeres. Fenomenologien ble omtalt som en ny type filosofi (Thoresen et al., 2020, s. 22).

Ifølge Thoresen et al., (2020), kan et fenomen være noe fysisk som man kan sanse og føle som for eksempel en bok eller et møbel. Et fenomen kan imidlertid også representere en sosial situasjon som for eksempel vennskap, en treningsøkt med andre på et treningssenter, en samtale og så videre. Hovedpoenget er at en fenomenologisk studie befatter seg med hvordan fenomenene viser seg eller erfares av mennesket. I denne studien forstår jeg det slik at det er selve kunnskapen om hvordan helsefagarbeidere i tjenester til personer med utviklingshemming forvalter denne som handlingskompetanse - som representerer selve fenomenet jeg ønsker å undersøke. For å kunne nærme meg dette fenomenet forsøker jeg å beskrive hvordan kunnskap benyttes i praksis fra et førsteperson-perspektiv, altså opplevde erfaringer fra helsefagarbeiderne i «Mitt livs ABC».

Wifstad (2018) peker på at våre forventninger kan bidra til en individuell oppfatning av hva det er vi egentlig ser eller som «trer frem». I dette forstår jeg at vår kjennskap til fenomenet, vår sinnsstemning samt konteksten vi sanser og opplever fenomenet i, vil påvirke vår beskrivelse og fortolkning av fenomenet.

I fenomenologien forstås kroppen som utgangspunkt og betingelse for subjektiv og eksistensiell erfaring. Kropp og verden kan ikke skilles fra hverandre som to enheter, like lite som kropp og psyke kan skilles (Thoresen, et al., 2020, s. 12).

Wifstad (2018) er av den formening at fenomenologisk metode er egnet til å kartlegge ulike måter å forstå virkeligheten på. Videre er det vesentlig å analysere selve meningsinnholdet i datamaterialet. Dette må fortolkes for å få innblikk en dypere mening i individers erfaringer og opplevelser (Johannesen et al., 2016 s. 171-172).

Innenfor fenomenologisk tradisjon står begrepet «førsteperson-perspektivet» sentralt. Dette innebærer at hvordan et fenomen fremtrer har ingenting med objektive beskrivelser å gjøre, men hvordan en gjenstand eller situasjon fremtrer og erfares av et «jeg» - altså førstepersonen.

Fenomenologiens oppgave kan derav sies å innebære en beskrivelse av erfaringer fra førsteperson-perspektivet (Thoresen et al., s 24-25, 2020).

Et annet viktig fenomenologisk begrep er «Livsverden». Thoresen et al., (2020 s. 26-27) løfter frem en beskrivelse av livsverden som den hverdagslige verden vi alle er en del, og som vi kanskje tar «for gitt». Ved nærmere refleksjon over begrepet livsverden er de erfaringer jeg daglig gjør meg i løpet av mitt liv, altså en del av min hverdagslige verden. I min livsverden omgås jeg også daglig andre mennesker og forholder meg til disse i forskjellige type relasjoner. Dette kan vi også forstå som «intersubjektivitet», eller også som sitert i Thoresen et al., (2020 s. 29) av Zahavi (2003, s.56). «Intersubjektivitet kan forstås som en samlebetegnelse for de sosiale og samfunnsmessige strukturene som gjør det mulig at vi kan ha et forhold til hverandre.»

Jeg anser det som et privilegium at jeg som masterstudent får mulighet til å være forsker for en liten stund, og derav få et lite innblikk i et menneskes arbeidshverdag og hvordan denne representerer en del av et menneskes livsverden. Dette er interessant da også Thoresen et al., (2020) løfter Husserl sitt syn på at livsverdenen er selve grunnlaget for all kunnskapsdannelse og forskning.

### 2.3. Det salutogenetiske perspektivet

Teorien om salutogenese ble utviklet av Aaron Antonovsky som en motvekt til patogenesen, også forstått som utvikling av sykdom. Han mente det var et for stort fokus på hva som forårsaker sykdom heller enn å se på menneskers mestring og kunnskap om utvikling av såkalte motstandsressurser.

Identifisering av faktorer som bidrar til god helse er sentralt i det salutogenetiske perspektivet (Solem, 2017, s. 102). I det salutogenetiske perspektivet på helse fremheves kunnskap om menneskets ressurser som betydningsfulle for å kunne iverksette helsefremmende tiltak.

Ifølge Antonovsky (2012, s. 27) er det tradisjonelle helseperspektivet i all hovedsak basert på at friske og syke mennesker er to gjensidig utelukkende grupper. Med andre ord, to dikotome grupper, hvor man på den ene siden gjør alt for å holde mennesker friske, og på den andre siden forsøker å hjelpe mennesker å bli friske, utsette døden eller forebygge kroniske sykdommer. Antonovsky (2012) velger heller å forstå helse som et kontinuum mellom helse og uhelse. På dette kontinuumet er det alltid en viss grad av helsebringende faktorer å finne og salutogenesen handler om å finne ut av hvor på dette kontinuumet et individ måtte befinne seg

på til enhver tid. Ifølge Antovosky (2012, s. 36) er det ikke hans intensjon å forkaste det patogene perspektivet, men heller se patogenese og salutogenese som to komplementære perspektiv.

De to mest sentrale begreper innenfor det salutogenetiske perspektivet handler om generelle motstandsressurser eller også mestringsressurser og individers opplevelse av sammenheng (heretter forkortet til OAS) i livet (Solem, 2017, s. 103).

### 2.3.1. Mestringsressurser/motstandsressurser

Det salutogenetiske perspektivet identifiserer mestringsressurser som bidrar til individers evne til å mestre spenningstilstander forårsaket av stressfaktorer. Dess flere utviklede mestringsressurser man har tilgjengelige, dess bedre opplevelse av sammenheng og helse vil individet ha (Langeland, 2017).

Nybø (2017, s. 221) beskriver mestring som en forutsetning for helse. Mestringsressurser viser ifølge Nybø (2017) til individets tilgjengelige ressurser og mestringskapasitet til å til å ta sine ressurser i bruk. Nybø (2017) forstår generelle motstandsressurser som personens totale ressurser. Totale ressurser kan forstås som ressurser som er lett tilgjengelige, allerede er i bruk og de ressursene som ligger der og kan mobiliseres raskt (Nybø, 2017, s. 221).

Det salutogenetiske perspektivet identifiserer flere type mestringsressurser. Solem (2017, s. 105) viser til at generelle mestringsressurser handler om eksistensialitet, opplevelse av sitt indre liv, sosial støtte fra andre og hverdagslige aktiviteter. Sosial støtte regnes som en vesentlig type mestringsressurs, og vissheten om at man har sosial støtte, nære bånd og at signifikante andre bryr seg, ser ut til å være av vesentlig betydning for å håndtere stressende faktorer i livet. Det å vite at en har sosial støtte tilgjengelig kan være tilstrekkelig for at det er å regne som en mestringsressurs (Langeland, 2017).

### 2.3.2. Opplevelse av sammenheng

Antonovsky (2012) gir oss følgende definisjon på OAS:

Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verd å engasjere seg i. (s. 41)

Solem (2017, s. 103) peker på at OAS representerer en grunnholdning som reflekterer om påvirkninger man utsettes for i livet er begripelige, håndterbare og meningsfullhet. Videre sier

Solem (2017, s. 105) at OAS må forstås som en type stressmoderator som medfører at forskjellige type livshendelser blir håndtert ved å ta i bruk hensiktsmessige mestringskapasiteter utfra en forståelse av om livshendelsene er begripelige, håndterbare og meningsfulle.

Ifølge Antonovsky (2012, s. 39) kan begripelighet forstås som at noe oppleves som strukturert, tydelig og velordnet. Dette som en motsats til en opplevelse av at noe er uforståelig, kaotisk og tilfeldig. Med håndterbarhet løfter Antonovsky (2012, s. 40) betydningen av det å oppleve at man har tilstrekkelige ressurser til å håndtere uforutsette hendelser og generelt livets krav. Den tredje komponenten om meningsfullhet viser til selve motivasjonselementet i OAS. Dette kan speile et individs opplevelse av om livet føles forståelig og at det å engasjere seg i visse aktiviteter og hendelser selv om de kan oppleves strevsomme og vanskelige der og da, har sin absolutte verdi.

Antonovsky (2012, s. 141) løfter i sitt salutogenetiske perspektiv det helsefremmende aspektet i opplevde stressfaktorer. Han er opptatt av forholdet mellom stress og helse, og hvorfor noen mennesker overviner kriser og traumatiske hendelser uten å bli syke, mens andre ikke mestrer dette på samme måte og blir syke. Stress skaper en spenningstilstand som håndteres på forskjellige måter av forskjellige personer. Antonovsky viser videre til at det er viktig å skille mellom tre typer stressfaktorer: kroniske stressfaktorer (kronisk sykdom, utsatt for mobbing over tid), vesentlige livsbegivenheter (dødsfall, akutt sykdom) og akutte daglige irritasjonsmomenter (krangling med ektefelle, barn, konflikt på arbeidsplassen). Dette må videre ses i sammenheng med variabler som for eksempel ens historiske kontekst, kultur, gruppetilhørighet, sosial rolle, mellommenneskelige situasjon, temperament og personlighet (Antonovsky, 2012, s. 51). Disse forhold tatt i betraktning, kan i løpet av livet avgjøre en lav eller høy utvikling av motstandsressurser, og derav i hvilken grad man greier å mobilisere ressurser for å håndtere stressende forhold (Antonovsky, 2012, s. 51-54).

### 2.3.3. Stressfaktorer

Antonovsky (2012, s. 50) definerer stressfaktorer på følgende måte: «Krav som det ikke finnes noen umiddelbare eller automatisk respons på», og viser videre til at den største effekten en stressfaktor har er å skape en spenningstilstand. Det er ifølge Antonovsky viktig å skille mellom kroniske stressfaktorer, vesentlige livsbegivenheter og akutte, daglige irritasjonsmomenter.

Den kroniske stressfaktoren kan forstås som en livssituasjon eller et særtrekk ved et menneskes liv. Jeg forstår dette som for eksempel at man er født med en kronisk sykdom, lever med og i fattige kår, sult eller krig.

En vesentlig livsbegivenhet beskrives av Antonovsky som en avgrenset hendelse som for eksempel fødsel, død, skilsmisse, ulykke i nærmeste familie. Det er ikke begivenheten selv, men følgene av begivenheten som må få oppmerksomheten. Hvordan et individ reagerer på en rekke av følger etter en avgrenset livshendelse, og om følgene av en stressende begivenhet på denne måten får noen nevneverdig konsekvens i det hele tatt, avhenger av hvilket nivå av OAS individet har utviklet i løpet av sitt liv (Antonovsky, 2012, s. 51).

De brått oppståtte, avgrensede stressfaktorene som kan oppleves som rene irritasjonsmomenter i hverdagen, er imidlertid Antonovsky (2012) ikke så opptatt av. Han beskriver det slik at hendelser som for eksempel det å få et kompliment, få en fornærmende tilbakemelding fra sjefen, stryke på en prøve eller lignende, neppe vil ha noen nevneverdig innflytelse på OAS eller helsetilstand, med mindre de ser ut til å skje over lengre perioder. Da mener Antonovsky det kan være snakk om en mer kronisk stressfaktor (Antonovsky, 2012, s. 52).

#### 2.4. Locus of control

Teorien om Locus of control stammer fra Julian B. Rotter og sosial læringsteori. Locus of control (heretter forkortet til LOC) handler om i hvilken grad mennesker opplever å kunne påvirke fremtidige hendelser og utfall i sitt liv. Grad av LOC kan variere på en skala mellom en såkalt intern LOC på den ene siden og ekstern LOC på den andre siden. Mennesker med en såkalt intern LOC opplever ut ifra tidligere erfaringer en sammenheng mellom egen atferd og fremtidige konsekvenser. Motsatt opplever mennesker med en ekstern grad av LOC at hendelser som skjer de i livet i stor grad er påvirket av eksterne faktorer som de ikke selv har noen kontroll over. Tidlige erfaringer fra barndom er påvirket av oppdragelse, sosioøkonomisk bakgrunn og miljømessige faktorer og kan være med å bestemme i hvilken grad individet opplever kontroll over sine omgivelser og omstendigheter. Det er ikke nødvendigvis slik at et individ enten erfarer å konstant befinne seg på et av ytterpunktene av dette spennet mellom ekstern og intern LOC, men kan også erfares være skiftene eller en blanding av begge elementer (Galvin, et al., 2018).

## 3.0. Design og Metode

I dette kapittelet vil valg av design og metode bli nærmere presentert. Innledningsvis gis en oversikt over studiens forskningsdesign. Deretter vil det gjøres rede for rekrutteringsstrategi, utvalg samt modell og gjennomføring av analysen av studiens datamateriale. Videre vil det i avsnittet om metodiske overveielser nærmere beskrives de valg som er gjort for å ivareta studiens kvalitet. Avslutningsvis vil aktuelle forskningsetiske overveielser bli belyst.

### 3.1. Design

Denne studien har søkt å belyse følgende problemstilling:

«Hvilke erfaringer har helsefagarbeidere med bruk av ny kunnskap i praksis etter deltakelse i opplæringsmodellen Mitt livs ABC?»

Problemstillingen ble ytterligere konkretisert med disse tre forskningsspørsmålene:

- Forskningsspørsmål 1: Hvordan blir ny kunnskap fra «Mitt livs ABC» synlig i møte med tjenestemottakerne?
- Forskningsspørsmål 2: Hvordan bidrar «Mitt livs ABC» til kunnskapsdannelse?
- Forskningsspørsmål 3: Hva erfarer helsefagarbeidere bidrar til opprettholdelse av ny kunnskap?

Studien kan sies å ha en abduktiv tilnærming idet den vil veksle mellom empiri og teori, altså mellom induktiv og deduktiv metode. Det induktive elementet peker mot studiens kvalitative utgangspunkt og mitt ønske om å samle ny kunnskap som skal tolkes. Det deduktive element synliggjøres gjennom mitt teorisøk, problemstilling og forskningsspørsmålene jeg ønsker å svare opp, samt vurdering og drøfting av funn ut ifra teori og empiri (Busch, 2013 s. 51).

For å kunne belyse denne studiens problemstilling og forskningsspørsmål valgte jeg et kvalitativt design i et hermeneutisk og fenomenologisk perspektiv. Ifølge Malterud (2017) er kvalitative design egnet der man ønsker å forstå menneskers erfaringer, opplevelser, tanker og holdninger. Dette ble avgjørende for mitt valg av semistrukturerte intervju som muliggjorde at jeg kunne gå i dybden ved å bruke tid, lytte til deres beskrivelser om erfaringer og forsøke å forstå det de gav uttrykk for ved å kunne stille oppfølgende spørsmål.

Hermeneutikken kan anses som en «forståelsens filosofi», og setter samtalen og fortolkning av menneskelig samhandling i sentrum (Gadamer, 2003). Jeg forstår videre Gadamer (2003)

dithen at vi har et metodisk ansvar om å være vår forforståelse og forståelseshorisont bevisst. Innen hermeneutisk tradisjon må vi for å forstå, søke forut for forståelsen og avdekke forforståelsen. På denne måten viser Gadamer til at ingen utsagn kan forstås utelukkende fra sitt innhold. Fenomenologien på sin side, løfter fenomeners betydning for menneskers livsverden. Innenfor fenomenologisk tradisjon står begrepet epoche sentralt. Dette begrepet kommer frem i et av Husserl's sentrale vitenskapsteoretiske bidrag. Epoche innebærer å sette den naturlige oppfatningen eller forforståelse til side eller i parentes. Dette er i sin natur motsetningsfylt når det gjelder hermeneutisk tradisjon som nettopp peker på fordommen og forforståelsens betydning i fortolkningsprosessen i kvalitative studier (Thoresen et al., 2020, s. 99). Senere etterfølgere av Husserl var mer kritiske til om det var mulig å sette sin forforståelse til side og nærmer seg på denne måten hermeneutikken. Et forskningsmessig ideal vil innebære å være seg bevisst og tenke over hvordan vår forforståelse former vår forståelse og retning for det vi retter oppmerksomheten mot i fenomenologiske prosjekt (Thoresen et al., 2020, s.100). I mitt arbeid fikk dette særlig betydning i mitt møte med deltakere i intervju, og senere i møte med deres stemmer i form av tekst. Jeg har ut ifra det tilsynelatende motsetningsfylte forholdet mellom hermeneutisk og fenomenologisk metode, tatt et standpunkt, og ser min forforståelse som avgjørende for å forstå det deltakerne forstår og lete etter deres mening med utgangspunkt i meg selv og min forståelseshorisont.

Malterud (2017) har i stor grad vært styrende for valg av metode i min studie. Dette fordi jeg ønsket å være så konsekvent som mulig i bruk av metodiske begreper. Malterud (2017) sine fremgangsmåter for metode er etter min mening også beskrevet på en strukturert og oversiktlig måte, noe som er hensiktsmessig for meg som nybegynner innen forskningsfaget. Jeg ønsket likevel å være meg bevisst at det å være nybegynner og derav se nytten av å følge en «oppskrift», kunne medføre at mine beskrivelser mistet viktig dynamikk og kreativitet. Jeg har latt meg inspirere av Kvale & Brinkmann (2015, s. 94-115) når det gjaldt beskrivelser innenfor metodiske overveielser samt etiske overveielser omkring den kvalitative intervjuundersøkelsen.

### 3.2. Min forforståelse

Mine erfaringer og faglige forankring representerer en del av min forforståelse og vil kunne ha stor betydning for hvordan jeg som forsker kan påvirke studien (Malterud, 2017, s.41).



Malterud (2017) påpeker videre at forforståelsen er den ryggsekken med erfaringer, faglig perspektiv og den teoretiske referanserammen vi stiller med i forkant av et forskningsprosjekt.

Jeg har en vernepleiefaglig bakgrunn. Vernepleie retter seg spesifikt mot personer med nedsatt funksjonsevne. Kunnskapsgrunnlaget for vernepleiere er forankret innenfor helsefag, sosialfag, juss, pedagogikk og psykologi (Nordlund et al., 2015, s. 16). Jeg oppfatter meg som en vernepleier med et eklektisk syn på mitt fag. I mitt arbeid med personer med utviklingshemming, har imidlertid den behavioristiske læringsteorien vært en viktig bidragsyter. Inspirert av Thomassen (2006, s. 149), trekker jeg noen paralleller mellom behaviorismen og positivismen. Min forståelse av atferd og læring som naturfenomen med lovmessigheter som kan observeres, kartlegges og analyseres har vært viktig kunnskap ved bistand til mennesker med store og sammensatte behov.

Jeg har tidligere jobbet både som medarbeider uten formell kompetanse, student og senere som miljøterapeut i kommunale boliger for personer med utviklingshemming samt innen spesialisthelsetjenesten.

Jeg har forsøkt å være bevisst at min forståelseshorisont og forforståelse representerte en viktig motivasjon for valg av tema i denne studien. Dette gav en positiv driv i arbeidet med studien. Samtidig var jeg med inspirasjon fra Malterud (2017), påpasselig med å unngå å gå inn i arbeidet med «skylapper» som kunne føre til at min jakt på ny innsikt og forståelse kun bekreftet det jeg visste fra før. Det var en god hjelp å innta en refleksiv holdning for å bevisstgjøre min forforståelse, noe som blir nærmere beskrevet litt senere i dette kapittelet.

Som kontaktperson for «Mitt livs ABC» innen det lokale USHT området, hadde jeg dannet meg en positiv holdning til opplæringsmodellen. Kombinasjon av teori, seminar og refleksjonsgrupper samt det faktum at opplæringen varte over et helt år mente jeg var et positivt bidrag til kommunal kompetanseheving. Innslaget av mulighet til jevnlig refleksjon forventet jeg ville bli løftet som vesentlig for kunnskapsdannelse. Videre hadde jeg en forventning om at deltakere ville oppleve det som vanskelig å sette ord på hvordan de benyttet sin kunnskap i praksis da jeg antok at dette var et tema som ikke ble snakket mye om. Det gjenspeiler seg nok også i min intervjuguide at jeg jobber i en organisasjon med fokus på «en lærende organisasjon». Jeg hadde et ønske om å finne svar som var preget av et organisatorisk perspektiv som var til stor inspirasjon innledningsvis i mitt arbeid.

Inspirert av Gadamer (2003, s. 34) har jeg forsøkt å være meg bevisst at min forforståelse vil være med å prege mine fortolkninger av virkeligheten, og at mine forsøk på å forstå den

andre, alltid må ses i lys av min forståelseshorisont, med mål om å skape en felles forståelse ut ifra saken. Sistnevnte mener jeg kan forstås som et eksempel på forståelsens sirkelbevegelse, også kjent som den hermeneutiske sirkel (Gadamer, 2003, s. 33).

### 3.3. Refleksivitet

Malterud (2017, s.19) sier at refleksivitet er en aktiv holdning. Det handler om å innta en posisjon for å utforske og konfrontere egne forestillinger og antakelser om utfall av studie samt å stille kritiske spørsmål til fremgangsmåte og funn. På denne måten blir man ifølge Malterud i stand til å innta en metaposisjon, som gjør det mulig å holde øye med våre handlinger fra et metaperspektiv.

Jeg har i løpet av arbeidsprosessen med denne studien, reflektert over forhold som kan føre til en selvbekreftende kunnskapsutvikling. Dette for å kunne utfordre og hente frem min forforståelse i ulike deler av prosessen. Dette blir nærmere omtalt under avsnittet om metodiske overveielser.

### 3.4. Utvalg

Ifølge Malterud (2017, s.57) krever all forskning utvalgsstrategier som kan føre til at vårt datamateriale sier noe om det fenomenet vi faktisk ønsker å undersøke. Utvalgsstrategien vil også kunne danne grunnlaget for vurdering av studiens interne validitet og gyldighet samt om undersøkelsens resultater kan gi mening i andre sammenhenger enn de eksakte stedene studien er gjennomført. I denne sammenheng har jeg valgt å støtte meg til Malterud et al., (2016) sine anbefalinger om å systematisk vurdere informasjonsstyrken i et utvalg etter vurdering av studiens mål, utvalgets særtrekk, bruk av teori, kvalitet på dialog i intervjuene samt valg av analysestrategi.

For å søke nærmere innsikt og kunnskap omkring denne studiens problemstilling ble det valgt et strategisk utvalg. En vurdering av informasjonsstyrken av utvalget fungerte som guide med tanke på antall deltakere. Det er imidlertid viktig å ta i betraktning at denne studien er et mastergradsarbeid på kun 30 studiepoeng hvor det var et mål å tilstrebe gjennomføring til normert tid. Universitetet anbefalte derfor å rekruttere mellom tre og fem deltakere i denne type masterstudier, uavhengig av om informasjonsstyrken kunne anses å være nådd eller ikke.

Med tanke på informasjonsstyrken ble det vurdert som hensiktsmessig å rekruttere et forholdsvis smalt utvalg. Innledningsvis ble inklusjonskriteriene satt til å være helsefagarbeidere mellom 20 og 35 år, ansatt i minimum 80% stilling. Det var ønskelig at de kun hadde vært ansatt maksimalt tre år på det aktuelle tjenestestedet samt gjennomført opplæring i perm 1 i «Mitt livs ABC». I rekrutteringsfasen måtte disse kriteriene endres noe, da det viste seg at helsefagarbeidere sjelden var ansatt i store stillinger og mange hadde begynt som medarbeidere uten formell kompetanse i små stillinger som medførte at de hadde vært ansatt på tjenestestedet i mange år før de ble autoriserte helsefagarbeidere.

Helsefagarbeidere som yrkesgruppe ble valgt fordi de ifølge gjeldende studieplan har lite eller ingen undervisning om målgruppen, men likevel kan ha opparbeidet seg lang erfaring over mange år i tjenestene.

#### 3.4.1. Rekruttering

Da jeg i kraft av mitt arbeidsforhold er kontaktperson for «Mitt livs ABC» innen det lokale USHT området, var det min hensikt å rekruttere deltakere fra andre USHT områder.

Intensjonen var å forebygge at mulige deltakere kunne oppleve et ekstra press til å takke ja til deltakelse om de visste hvem jeg var.

Jeg sendte tidlig høst 2020 innledende informasjon til aktuelle ledere om studiens hensikt og formål. Se VEDLEGG 2: Forespørsel om tillatelse til å rekruttere deltakere. Vedlagt var godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) samt informasjon og samtykkeerklæring til mulige deltakere. Ledere ble forespurt om å henvende seg til aktuelle deltakere med spørsmål om deltakelse uten videre forpliktelser. Det viste seg imidlertid utfordrende å rekruttere fra andre USHT. Flere ledere svarte at de ikke hadde kapasitet til å vurdere dette nærmere grunnet den pågående Covid19 pandemien eller ikke hadde deltakere som tilfredsstilte mine inklusjonskriterier.

Etter å ha konferert med NSD, ble det tatt et valg om å starte rekruttering innen lokalt USHT område. Innen det lokale USHT området viste det seg som en fordel at jeg kjente flere ledere. Seks aktuelle deltakere ble fortløpende identifisert. Av disse takket en person nei og fem takket ja til deltakelse. Informert skriftlig samtykke ble innhentet. Se VEDLEGG 3: Forespørsel om deltakelse i undersøkelse knyttet til en masteroppgave.

Fire kvinner og en mann i aldersspennet 27 – 36 år ble inkludert. Fire var autoriserte helsefagarbeidere. En hadde grunnet Covid19 pandemien ikke fått gått opp til fagprøven, men

var formelt ansatt i en helsefagarbeiderstilling. Alle hadde gjennomført Mitt livs ABC perm 1 og hadde vært ansatt fra 3-8 år på tjenestestedet intervjuet foregikk på.

Inklusjonskriterier:

- autoriserte helsefagarbeidere av begge kjønn mellom 20 og 36 år.
- ansatt i minimum 70% stilling.
- ansatt på tjenestestedet i maksimum åtte år.
- godkjent kursbevis for perm 1 «Mitt livs ABC».

Eksklusjonskriterier:

- autoriserte helsefagarbeidere i lavere stillingsprosent enn 70%.
- ikke godkjent kursbevis for perm 1 Mitt livs ABC
- over 20% fravær i refleksjonsgrupper og deltakelse under 100% på to obligatoriske seminar
- alder: >36 år
- medarbeidere uten formell kompetanse og ansatte med treårig høyere utdanning på høgskole eller universitet
- ansatt: >8 år

### 3.5. Det kvalitative forskningsintervjuet

Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv, fra hans eller hennes eget perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2015, s.42). Videre viser Kvale & Brinkmann til at denne type intervju har fellestrekk med en samtale, men som et profesjonelt forskningsintervju må det bygges opp og gjennomføres etter en bestemt metodikk. Når målet er å utvikle ny kunnskap gjennom å samle data fra slike strukturerte samtaler vil konteksten være av stor betydning for å forstå og tolke funn. Med inspirasjon fra Malterud, (2017, s. 132 og 135) forberedte jeg meg på å skape en god relasjon og kontekst for et best mulig intervju.

I denne studien ble det gjennomført såkalte semistrukturerte intervju (Malterud, 2017, s. 132). Det ble utarbeidet en intervjuguide med noen hovedtemaer med tilhørende hjelpespørsmål. Se VEDLEGG 4: Intervjuguide. Under dette arbeidet ønsket jeg å utfordre egen forforståelse ved å skrive ned antakelser om hvorfor jeg valgte de forskjellige tema, og hva jeg antok deltakerne

kom til å svare på mine spørsmål. Dette er gjort nærmere rede for under avsnitt om forforståelse og refleksivitet.

Det ble gjennomført et pilotintervju med en helsefagarbeider fra lokalt område. Etter pilotintervjuet ble intervjuguide endret noe ved at tema ble satt sammen med en litt annen struktur.

Alle deltakere valgte å bli intervjuet på et rolig personalrom på eget arbeidssted og intervjuer foregikk både på dag og kveldstid alt ettersom hva som passet den enkelte deltaker og arbeidsstedet best. Det ble tilstrebet å skape en trygg og inkluderende ramme for intervjuene. Målet var å legge til rette for en god dialog og rike beskrivelser, som ifølge Malterud et al., (2016) kan øke informasjonsstyrken i utvalget.

I etterkant av hvert intervju satte jeg meg ned og noterte i prosjektlogg umiddelbare inntrykk og følelser omkring hvert intervju. Dette medførte blant annet økt bevissthet omkring situasjoner hvor jeg kunne oppfattes å lede deltakere inn mot svar jeg ønsket. Slik ble jeg mer oppmerksom på dette i de neste intervjuene.

Intervjuene hadde en varighet fra 45 minutter til 1 time og 10 minutter. Under intervjuene var jeg genuint opptatt av å få et innblikk i deltakernes livsverden slik den kunne arte seg i deres arbeidshverdag og intervjuets form bar preg av en samtale.

### 3.6. Dokumentasjon

Det ble benyttet lydopptaker fra OsloMet under intervjuene. Deltakerne ble forespurt om det var greit at det ble tatt notater underveis, noe de bekreftet. Lydopptaker ble nok oppfattet som litt ubehagelig i begynnelsen, men ble raskt glemt da intervjuet kom i gang. Under to av intervjuene måtte intervjuet stoppes etter noen få minutter da det ble oppdaget noe feil med opptaksfunksjonen. Med bruk av litt humor rundt situasjonen, løste det seg etter min vurdering greit. Jeg kan ikke se bort fra at det kan ha påvirket opplevelsen av å fortelle fritt, som igjen kan ha hatt betydning for hvor rike deres beskrivelser ble. Etter intervjuet ble lydfiler umiddelbart overført til kryptert minnepenn.

### 3.7. Transkriberingsfasen

Transkribering ble gjennomført etter at alle intervjuer var gjennomført. I følge OsloMet sitt regelverk for ivaretagelse av personvern måtte transkribering skje på et egnet datarom på OsloMet. Der ble det benyttet OsloMet sin PC som ikke var koblet til noe nettverk.

I transkriberingsfasen fra lydfiler til skrift var det et viktig element å sikre at konfidensialiteten til deltakere ble ivaretatt, samt vurdere hva det innebærer å være lojal overfor intervjupersonen når uttalelser endres fra lyd til skrift. Jeg tilstrebet å gjennomføre transkriberingen ordrett i de aller fleste tilfeller, men benyttet meg i noen få tilfeller av det Malterud (2017, s.78) beskriver som «Slightly modified verbatim mode». Dette ble gjort ved å forsiktig redigere setningen noe på steder hvor deltaker brukte mange oppstykkede ord, lang tid på en setning eller en tydelig dialekt eller aksent. Dette ble gjort av respekt for deltakerne og deres uttrykksmåte. Egne uttalelser beskrev jeg imidlertid så ordrett som mulig med den intensjon å forbedre meg som intervjuer for ettertiden.

### 3.8. Analyse

Som metode for analyse ble det benyttet systematisk tekstkondensering, heretter forkortet til STC fra den engelske betegnelsen Systematic Text Condensation. Denne metoden ble valgt fordi den ifølge Malterud (2017) gir nybegynnere en enkel innføring i hvordan slike analyser kan gjennomføres.

STC er inspirert av Giorgis psykologiske fenomenologiske analysemetode (Malterud, 2017). Den er likevel ikke å anse som en fenomenologisk metode, og krever kun at forskeren har grunnleggende kunnskap om kvalitative forskningsmetoder. STC regnes videre som en pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data. Den gjennomføres i fire trinn. Analysen kan kalles induktiv og iterativ fordi det er en fortolkende prosess hvor det søkes ny innsikt og dypere forståelse omkring et fenomen. Iterativ viser til at noe gjentas flere ganger, og i denne sammenheng innebærer dette gjentakende bevegelser som aktuelle i analyseprosessen (Malterud, 2017, s. 97 -113).

#### 3.8.1. Helhetlig oversikt

Da alle intervjuene var gjennomført og transkribert, ble materialet gjennomlest for en innledende oversikt og kjennskap til teksten. Jeg jobbet aktivt med å sette egen forforståelse og teoretiske referanseramme til side for å åpne for nye inntrykk. I tråd med Malterud, (2017, s. 99) sine anbefalinger, forsøkte jeg hele tiden å ha problemstillingen i tankene samt motstå

lysten til å systematisere innholdet slik at deltakernes stemme kunne tre frem. Når all transkribert tekst var gjennomlest, ble åtte innledende identifisert. Disse ble etter bearbeiding redusert til følgende fem tema: Tema 1. Veier til kunnskapsdannelse. Tema 2. Trygghet i relasjoner. Tema 3. Refleksjon over praksis. Tema 4. Virksomme elementer i en lærende organisasjon. Tema 5. Brukernes opplevelse av sammenheng og meningsfylt hverdag.

I denne fasen forsøkte jeg aktivt å innta en refleksiv holdning og se hen til min forståelseshorisont, for å vurdere om dette påvirket mine valg av tema. Jeg reflekterte over om min bakgrunn, nåværende stilling i et kompetansesenter samt mine forventninger om resultat kan ha styrt meg mot temaene «veier til kunnskapsdannelse» og «refleksjon over praksis». Det at jeg tidlig var inspirert av organisasjonsteori kan ha styrt meg i retning av temaet «virksomme elementer i en lærende organisasjon»

### 3.8.2. Meningsbærende enheter:

I trinn to anbefaler Malterud (2017, s. 101) å samle seg om tre til fem foreløpige temaer som vil danne grunnlaget for å utvikle såkalte kodegrupper. Meningsbærende enheter skal skilles ut og kodes for å sikre at alle meningsbærende enheter blir identifisert og sortert. Tekstbiter som har noe felles må derved identifiseres og sorteres og det må vurderes om kodene inneholder fenomener innenfor samme klasse.

Jeg valgte først en fysisk analysestrategi hvor det ble festet gråpapir på en vegg i et egnet rom, hvor de fem valgte foreløpige temaene ble skrevet opp. Meningsbærende enheter ble klippet ut og limt fast under de tema jeg opplevde de passet best. Dette gav raskt en god innledende oversikt, men for det videre analysearbeidet ble det nødvendig å jobbe på PC for bedre oversikt.

Hvert av de fem innledende tema ble gitt en egen fargekode. Se Tabell 2: Innledende tema. Deretter ble tekst i hvert intervju gjennomgått linje for linje. Alle meningsbærende enheter ble sortert under den fargekoden som ble oppfattet å passe best.

Tabell 2: Innledende tema

Kodegruppe 1 «Veier til kunnskapsdannelse»	Kodegruppe 2 «Trygghet i relasjoner»	Kodegruppe 3 «Refleksjon over praksis»	Kodegruppe 4 «Å opprettholde kunnskap»	Kodegruppe 5 «Opplevelse av sammenheng og meningsfylt hverdag»
--	--------------------------------------	--	--	--

### 3.8.3. Kondensering:

Trinn tre kaller Malterud (2017, s. 105) for kondensering. Ifølge Malterud skal de nå allerede systematiserte meningsbærende enhetene være kodet og skal nå abstraheres til meningsinnhold. Det sorterte materialet i de fem innledende kodegruppene ble inndelt i en til tre subgrupper som best kunne belyse viktige aspekt i et tema. Se Tabell 3: Innledende kodegrupper.

Tabell 3: Innledende kodegrupper

<b>Kodegruppe 1: Veier til kunnskapsdannelse</b>
Subgruppe 1: Å kontinuerlig vurdere hvordan man skal jobbe Subgruppe 2: Fra fastlåst til åpen og nysgjerrig
<b>Kodegruppe 2: Trygghet i relasjoner</b>
Subgruppe 1: Kunnskap gir trygghet
<b>Kodegruppe 3: Refleksjon over praksis</b>
Subgruppe 1: Læring på tvers Subgruppe 2: Å bringe kunnskap videre på egen arbeidsplass Subgruppe 3: Å kunne trekke paralleller fra teori til praksis
<b>Kodegruppe 4: Å opprettholde kunnskap</b>
Subgruppe 1: Betydning av faste stillinger Subgruppe 2: Å holde kunnskap levende Subgruppe 3: Lederansvar
<b>Kodegruppe 5. Opplevelse av sammenheng og meningsfylt hverdag.</b>
Subgruppe 1: Trygghet i daglige rutiner og gjøremål Subgruppe 2: Forutsigbarhet og sammenheng Subgruppe 3: Å skape gode dager

Subgruppene representerte nå analyseenheten, og på dette trinnet i STC ble det laget et såkalt kunstig sitat, et såkalt kondensat. Ifølge Malterud er et kondensat et artefakt eller et kunstig skapt sitat som skal videreføre et konkret innhold fra de meningsbærende enhetene ved å omsette disse til mer generell form (Malterud, 2017, s. 107). Dette ble gjort ved å ta for seg de meningsbærende enhetene i en subgruppe, og bygge de sammen til en ny og frisk tekst med utgangspunkt i deltakernes uttalelser. Det ble forsøkt å legge meg så tett opp til deltakernes



stemme som mulig og skrev derfor i «jeg» person. På denne systematiske måten ble hele det empiriske materialet i studien gjennomgått. Når dette var ferdig systematisert og gjennomgått, ble passende sammenfattede gullsitat identifisert. Underveis spurte jeg meg selv hva disse dataene kunne fortelle om problemstillingen og noterte fortløpende i min prosjektlogg.

#### 3.8.4. Syntese

I trinn fire skal delene settes sammen på ny og sammenfatningen legger grunnlag for ny kunnskap. Dette kaller Malterud (2017, s. 108) for syntese. Nå skal funn sammenfattes i form av fortolkede synteser som igjen danner grunnlaget for nye beskrivelser og begreper. Dette var en svært inspirerende fase hvor muligheten for å finne nye beskrivelser og kunnskap kom til liv ved å lage en analytisk tekst for hver sub og kodegruppe. Den analytiske teksten ble skrevet i tredje person, slik at gjenfortelling av deltakernes historier kunne fremstilles i et nytt lys. Hver subgruppe ble gitt et eget avsnitt som skulle bli til en egen resultatkategori. Det som ble oppfattet som fellestrekk ved delte erfaringer ble nå sammenfattet i synteser. Til slutt ble den analytiske teksten fra hver kodegruppe vurdert og noen gitt en ny kortere overskrift som sammenfattet innholdet, men i større grad viste til nye beskrivelser og funn (Malterud, 2017, s. 109). I denne fasen fikk begrepet «iterativ» en ny mening, i det å oppleve at det var nødvendig å bevege seg frem og tilbake, særlig mellom trinn tre og fire på en gjentakende måte. Dette kan også ses i lys av «den hermeneutiske spiral» som er nærmere beskrevet i teorikapittelet. Opplevelsen av å få ny forståelse hver gang materialet ble gjennomgått på nytt, løftet den filosofiske hermeneutikken som betydningsfull for min læringsprosess. Det ble også tydelig hvordan forforståelsen preget områder som fikk fokus i analyseprosessen. Min veileder var til stor hjelp i denne sammenheng. Det ble tydelig at jeg stadig vendte min oppmerksomhet mot faktorer innenfor organisasjonsperspektiv og «den lærende organisasjon» og som innledningsvis preget min forforståelse i analysefasen.

I syntesefasen ble de fem kodegruppene fra kondenseringsfasen redusert til tre tema, og subgrupper ble endret og redusert. Se endelig oversikt i resultat kapittelet. Se Tabell 4: Oversikt over utvikling i analyseprosessen.

Tabell 4: Oversikt over utvikling i analyseprosessen

<p><b>Trinn 2: Meningsbærende enheter fra tema «Generasjonsskifte»</b></p> <p>«Ja, jeg husker da jeg begynte her, da var det ikke sånn. Ting var veldig fastlåst, sånn skulle det være, det var sånn det var. Men sånn er det ikke lenger.»</p> <p>«Jeg tenker at når man har jobbet på den samme plassen i 20 år, så er det ikke så lett å gjøre forandringer.»</p> <p>«De eldre er ikke alltid så mottakelige for å gjennomføre faglige tiltak»</p> <p>«Nå er det sånn at alle får være med og alle spør «hva tenker du», «kan vi gjøre ting sånn» og «kan vi gjøre ting annerledes?»»</p>
<p><b>Trinn 3: Kondensering og «gullsitat»</b></p> <p>«I starten var ting veldig fastlåst her. Det var en felles oppfatning om hvordan ting skulle være. Dette kunne medføre at man benyttet tiltak som ikke var oppdatert og tilpasset brukeren. Slik er det ikke lenger. Man kan kanskje si det er et generasjons skifte. Etter at det er blitt flere yngre ansatte, virker de eldre mer åpne for andre måter å gjøre ting på.»</p>
<p><b>Trinn 4: Syntese og analytisk tekst med «gullsitat»</b></p> <p>Deltakerne beskrev at tidligere hadde det vært flere eldre ansatte som hadde en felles oppfatning om hvordan ting skulle være og at ting virket veldig fastlåst. Dette kunne innebære at man benyttet tiltak som ikke var oppdatert og tilpasset brukeren. «Slik er det ikke lenger. Man kan kanskje si det er et generasjons skifte. Etter at det er blitt flere yngre ansatte, virker de eldre mer åpne for andre måter å gjøre ting på.»</p> <p>Det var blitt et større rom for å spørre andre om deres mening, hva de tenkte og hvordan ting kunne gjøres annerledes.</p>

### 3.9. Metodiske overveielser

Det er vesentlig å vurdere kvalitet på kunnskapen som kommer frem i forskningsstudier. Om man kan stole på resultatene som kommer frem handler om å gjennomgående å stille seg kritisk til kunnskapen og forskningsprosessen (Malterud, 2017, s. 17). Jeg har latt meg inspirere at både Malterud (2017) og Kvale og Brinkmann (2015) i mine valg av begreper for å beskrive metodiske overveielser.

#### 3.9.1. Validitet

Når det gjelder intern validitet i en studie er det ifølge Malterud (2017, s.23-25) viktig å stille seg spørsmålet om hva studien er «sant om» og om begrepene og kartleggingsmetodene er relevante for å gi gyldige svar på vår problemstilling.

Det ble valgt å samle inn data via kvalitative semi-strukturerte intervjuer fordi dette etter min vurdering er den mest relevante metoden ut ifra problemstillingens kvalitative art, noe som øker sannsynligheten for gyldige svar på problemstillingen.

Det anses som en styrke at jeg hele tiden har forsøkt å være min forforståelse bevisst. I denne sammenheng har det vært til stor hjelp å innta en aktiv validerende og refleksiv holdning til alle ledd i prosessen ved å stille meg selv spørsmål om gyldighet og relevans, samt

dokumentere følelser, tanker og holdninger og etiske forhold i forkant, under og etter alle ledd i studien.

Studiens utvalg, har stor betydning for gyldige og relevante svar på problemstillingen. Som en guide til å vurdere informasjonsstyrken til studiens utvalg, ble det valgt å forholde seg til Malterud et al., (2016). Informasjonsstyrke er avhengig av: studiens mål, utvalgets kjennetegn, bruk av etablert teori, kvalitet på dialog og analysestrategi. Disse fem områdene ble satt skjematisk opp. Deretter ble det reflektert over kvalitet på informasjonsstyrken først for hver enkelt av områdene for endelig å komme frem til en samlet vurdering av informasjonsstyrke. Dess større informasjonsstyrke utvalget holder, des lavere antall deltakere er det behov for og omvendt (Malterud et al., 2016). Ut ifra en samlet vurdering av Malterud et al., (2016), har jeg en antakelse om at denne studiens utvalg har en middels informasjonsstyrke, og med noen flere deltakere kunne gyldighet og relevans av resultater ha vært ytterligere styrket.

Det at deltakere visste hvem jeg var, og derav muligens ikke ønsket å si noe ufordelaktig om opplæringsmodellen representerer en svakhet i studien. Dette ble forsøkt ivaretatt ved å innledningsvis i intervjuet være tydelig på min rolle som masterstudent med særlig interesse for kunnskapsformidling i kraft av mitt arbeidsforhold. Samtidig ble det presisert at det ikke fantes riktige eller gale svar i denne sammenheng, bare nyttig informasjon.

Det regnes som en styrke å informere deltakere om forsiktighet omkring å gi gjenkjennende informasjon under intervjuet særlig fordi jeg nå intervjuet i et lokalt USHT område. I starten av intervjufasen ble dette imidlertid opplevd som noe hemmende for å gi de rike beskrivelsene. Da dette ble avdekket og bekreftet ved at jeg stilte direkte spørsmål om dette, benyttet jeg nødvendig tid på å gjenskape en trygg atmosfære ved å igjen tydeliggjøre hvordan personvern ble ivaretatt etter at intervjuet var ferdig. I forkant av de neste intervjuene brukte jeg tid på å forsikre meg om at de opplevde seg trygge på min behandling av personvern og hvordan data ble behandlet og slettet etter hvert intervju.

Sett i lys av Malterud (2017, s. 80) er det også en styrke at jeg gjennomførte prosessen fra datainnsamling til transkribering selv. Dette medførte at jeg ved gjennomlesning av transkribert tekst kunne stoppe opp ved uklarheter, og huske tilbake til intervjuet. På denne måten ble jeg bevisst en deltakers uttalelser om at ikke all kunnskapen som ble gjenfortalt, kom fra «Mitt livs ABC», men også fra andre nylige opplærings situasjoner.

Det ville nok medført en ytterligere metodisk styrke å snakke med flere arbeidskolleger eller medstudenter om min studie, for derved via jevnlig samtaler om temaet motvirke den ubevisste forforståelsen.

I trinn fire i analyseprosessen, beskriver Malterud (2017, s. 110) at funn skal valideres. Validering gjorde det nødvendig å gå tilbake til de originale intervjuene og lese gjennom et og et intervju. Slik ble det avdekket at blant annet elementer om tidsfaktor, som av noen deltakere ble oppfattet som avgjørende for kunnskapsdeling, ikke var tatt med og ble nå inkludert. Jeg lette også slik systematisk etter motstridende elementer. Det ble ikke funnet noen direkte motsetninger, men denne fasen var svært viktig for å bli meg bevisst hvor viktig det er å være tro mot deltakerstemmene.

### 3.9.2. Reliabilitet

Ifølge Kvale & Brinkmann (2015, s. 276)), handler reliabilitet om forskningsresultatenes konsistens og troverdighet. Jeg forstår dette som at forskningen skal være gjennomført i samsvar med gjeldende lover og retningslinjer og utført samvittighetsfullt og etterrettelig. Jeg har forsøkt så godt det lar seg gjøre å være tydelig på hvem jeg er, min bakgrunn og mitt faglige ståsted. Råd fra henholdsvis Malterud (2017) og Kvale & Brinkmann (2015) er fulgt omstendelig i prosessen fra ide og problemstilling til innlevering av masteroppgaven. Det er videre benyttet tydelige inklusjon og eksklusjonskriterier for teorisøk og utvalg med beskrivelser av eventuelle avvik og hvorfor disse oppsto. Jeg har benyttet meg av STC modellen (Malterud, 2017) trinn for trinn og forsøkt redegjort for stegene så tydelig som mulig. Etske overveielser er gjort i lys av Kvale & Brinkmann (2015) og jeg har valgt å følge disse rådene samvittighetsfullt.

Eksempler på forhold ved datainnsamlingen som kan ha påvirket studiens pålitelighet kan være at det ble gitt for liten tid til refleksjon etter at et spørsmål var formulert. Stillhet etter en spørsmålsformulering ble nok tolket som usikkerhet over spørsmålet, og transkriberingsfasen viste at jeg noen ganger gikk for raskt inn med ytterligere forklaringer om hva spørsmålet handlet om. Dette førte noen ganger inn i «ledende spørsmål» som er en typisk nybegynnerfeil og representerer en svakhet. En styrke kan derimot ha vært at det var samme person som gjennomførte både intervjuer og transkriberte materialet, da dette kan ha medvirket til at slike nybegynnerfeil ble oppdaget.

På den annen side, ved å være den samme som transkriberer, kan det forekomme tolkninger som svekker påliteligheten ved å ikke ha noen som kan «kontrollere for» intersubjektivitet.

Altså den samstemtheten to personer som transkriberer samme utsagn kan kontrollere for (Kvale & Brinkmann, 2015. s, 276).

### 3.9.3. Relevans

Det er alltid et mål at andre skal kunne dra lærdom ut ifra den forskning som gjøres, og at vitenskapelig kunnskap skal bringe relevans i form av nye erkjennelser som kan benyttes av andre. Det er først når studien er ferdig og publisert en kan få det endelige svaret på om andre kan benytte vår innsikt til noe nyttig (Malterud, 2017). Relevans er forsøkt ivaretatt ved å spørre meg selv spørsmålet om hva kan denne studien tilføre. Et ønske er at studien kan medføre nytte og relevans blant annet ved konkret inspirasjon til ledere og faglig ansvarlige om hvordan planlegge, legge til rette og opprettholde kunnskapsdannelse og handlingskompetanse for økt livskvalitet for personer med utviklingshemming. For at dette skal kunne realiseres, er det blant annet tenkt at resultater fra denne studien kan legges frem på informasjonsmøter til ledere i forbindelse med rekruttering til «Mitt livs ABC».

### 3.9.4. Overførbarhet

Overførbarhet kan benyttes i sammenhenger hvor funn gir ny innsikt som medfører at resultater kan være nyttige også andre steder enn der undersøkelsen ble gjennomført og henger nøye sammen med begrepet om relevans (Malterud, 2017, 24).

Ifølge Malterud (2017) må vi som forskere vurdere selve konteksten i vår studie for å kunne si noe om resultater kan være overførbare til andre lignende sammenhenger. Kontekst for denne studien, samt en samlet vurdering av relevans, intern og ekstern validitet, tilsier etter min forståelse at funn kan være overførbare til lignende settinger hvor det gis tjenester til personer med utviklingshemming, og derav kaste lys over erfaringer med bruk av kunnskap i praksis, og kanskje øke lederes bevissthet om hvordan kunnskap og opprettholdelse av denne kan settes i system.

## 3.10. Forskningsetiske overveielser

Med støtte i Kvale & Brinkmann (2015, s. 97 - 104) vil det nå gjøres rede for etiske problemstillinger ved syv forskningsstadier.

1. Tematisering: Innledningsvis er det forsøkt å vise både til vitenskapelig verdi av den kunnskap som søkes og også for bedring av kvalitet i tjenestene, samt god psykisk helse og livskvalitet for den enkelte tjenestemottaker.

2. Planlegging: Det ble forberedt informasjonsskriv til ledere og mulige deltakere.

Informasjonsskriv inneholdt studiens hensikt og formål, prosjektplanens hovedtrekk, hvordan konfidensialitet ville bli ivaretatt, informasjon om at deltakelse er frivillig og at de kunne trekke seg når som helst i løpet av studien, mulige fordeler og ulemper med deltakelse, hvordan studiens resultater var tenkt offentlig formidlet og avslutningsvis, selve samtykkeskjemaet.

Mulige konsekvenser for deltakerne ble nedtegnet i min prosjektlogg. Det ble særlig vektlagt at de kunne oppfatte det som et press å si ja til studien, da jeg var klar over at mange visste hvem jeg var, men dette er gjort rede for i avsnittet om metodiske overveielser. En person trakk seg etter forespørsel fra leder og ved første kontaktpunkt med meg, noe jeg anser som positivt ved at informasjonen på denne måten kan antas å ha vært tydelig og uten opplevd press.

Det ble videre planlagt for etiske dilemma som kunne oppstå under intervju. Jeg forberedte meg særlig på at det kunne dukke opp utfordrende holdninger om etisk og moralsk praksis i arbeid med personer med utviklingshemming. Min plan var da å minnes Gadamer (2003, s. 27) og hans oppfatning av viktigheten av å se utover min egen forståelseshorisont og undersøke dette nærmere via spørsmålet: «Hva er det du har opplevd eller erfart som gjør at du tenker og sier dette?»

Jeg forberedte meg også på å møte dilemmaet mellom å måtte si fra om noe kritikkverdig som skjer i praksis med sårbare mennesker – opp mot taushetsplikt som forsker, ved å sette meg inn i modell for vurdering av etiske dilemma (Aadland & Eide, 2019).

Om sterke følelser eller emosjoner skulle komme til overflaten i et intervju, var jeg meg bevisst at jeg i denne rollen er å anse som forsker, og ikke terapeut eller behandler. Jeg planla likevel for at jeg først og fremst ville være et medmenneske blant annet ved å spørre om de orker å fortsette, samt vektlegge at de kunnen avslutte om de ønsker. I etterkant av intervjuet gav jeg tydelig uttrykk for at stilte meg til disposisjon om de hadde behov for en samtale om intervjusituasjonen i etterkant. Det opplevdes trygt under intervju at jeg hadde forberedt forskjellige scenario og var mer forberedt.

Ettersom intervju ble gjennomført med lydopptak, ble prosjektet meldt og godkjent av NSD. Se VEDLEGG 5: NSD Personvern. Da det i denne studien ikke skulle lagres noen form for sensitive personopplysninger, ble det vurdert dithen at dette studiet ikke falt inn under regelverket til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Opptaksutstyr ble utlånt fra OsloMet og intervju ble gjennomført i løpet av fire dager. Jeg var bevisst på hvor opptaksutstyret befant seg til enhver tid. Minnekort tilhørende opptaksutstyr ble tatt ut og oppbevart separat og innelåst på sikkert sted når det ikke er i bruk.

Opptaksutstyret ble ikke benyttet av noen andre i perioden det var utlånt til meg. Umiddelbart etter intervjuene ble opptakene overført til kryptert minnepenn med kode så snart som mulig etter intervju og deretter slettet fra opptaksutstyret.

3. Intervjusituasjonen: Det ble gitt informasjon om behandling av personvern og studien ble gjennomgått i korte trekk. Deltakere ble så bedt om å underskrive informasjonsskrivet som er å anse som et informert samtykke,

Deltakere ble informert både muntlig og skriftlig om å ikke gi opplysninger som kunne øke sannsynligheten for gjenkjenning som for eksempel geografiske opplysninger som stedsnavn og organisasjon/enhet intervjuede er knyttet til.

Et intervju innebærer imidlertid alltid en viss asymmetri i maktstruktur (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 42). Dette var mest tydelig helt innledningsvis da vi hilste, satte oss ned, og jeg tolket det dit hen at noen av deltakerne følte litt på en «eksamensstemning». Intervjuer ble derfor innledet med litt prat om løst og fast for å løse opp stemningen.

I etterkant av intervjuene ble alle deltakerne spurt om deres opplevelse med intervjuet. En deltaker fortalte da at intervjusituasjonen ble opplevd som litt ubehagelig, men at det ikke var behov for noen oppfølging. Alle deltakere bekreftet at de hadde vært nervøse i starten.

Lydfilene ble i sin tur redigert på en stasjonær PC som ikke hadde nett tilkobling permanent. Ved redigering forsikret jeg meg alltid om at jeg var alene i rommet. Lydfiler ble slettet etter at data var ferdig transkribert. Kodenøkkel i form av samtykkeskjema ble låst inn i eget arkivskap hos min veileder.

4. Transkribering: I transkriberingsfasen fra lydfiler til skrift ble igjen konfidensialitetshensyn ivarett ved å utelate mulige gjenkjenbare data, eksempelvis et geografisk sted, og deltakers utsagn ble alltid innledet med bokstaven D.

5. Analysering: Under analysefasen ble det systematisk lett etter tolkninger av utsagn som kunne være av en slik art at de burde gjennomgå av deltakeren for å sikre deres gjenkjenning av eget materiale. Jeg var opptatt av å behandle deltakernes stemmer med respekt både når det gjelder fremstilling av resultater og diskusjon av disse.

6. Verifisering: Dette er gjort rede for i avsnittet om metodiske overveielser i metodekapittelet.

7. Rapportering: Studiens resultater vil først og fremst presenteres i lys av OsloMet sine retningslinjer for masteroppgaver og sikrer at forskningsmessige krav til eventuell publisering ivaretas.



## 4.0. Resultater

Resultatene presenteres som en analytisk tekst som illustreres av treffende gullsitat merket i kursiv. Gullsitat er forstått og presentert som konstruerte sitat fra rekontekstualiseringsfasen. Jeg har valgt å benytte meg av slike konstruerte sitat i noe større grad enn Malterud (2017) anbefaler i STC, da jeg har ønsket en litt større grad av nærhet til mitt materiale. Se Tabell 5: Resultatkategorier. For oversikt over resultatkategorier og underavsnitt.

Tabell 5: Resultatkategorier.

Resultatkategori 1	Betydning av kunnskap i praksis	Underavsnitt	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Endringer i praksis</li><li>2. Kunnskap gir trygghet</li><li>3. Brukerperspektivet</li></ol>
Resultatkategori 2	Læring på tvers	Underavsnitt	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Refleksjon over praksis</li><li>2. Personalmøtet</li></ol>
Resultatkategori 3	Virkningsfulle faktorer for kvalitet i tjenesten	Underavsnitt	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Ansvar</li><li>2. Faste stillinger</li><li>3. Generasjonsskifte</li></ol>

Tre resultatkategorier med underavsnitt blir presentert fortløpende.

### 4.1. Resultatkategori 1. Betydningen av kunnskap i praksis

Økt kunnskap fra «Mitt livs ABC» gav deltakerne en opplevelse av å kunne møte utfordrende situasjoner i praksis med økt selvillit og trygghet. Betydningen av ny kunnskap i praksis omfattet særlig de tilsynelatende små hverdagslige tiltakene som fikk stor betydning for tjenestemottakerne. Flere iverksatte tiltak medførte at tjenestemottakerne i større grad fikk ivaretatt grunnleggende rettigheter som å ta selvstendige valg i hverdagen, kunne påvirke sine omgivelser ved hjelp av enkle kommunikasjonsverktøy, samt oppleve større grad av ro ved å få oversikt over hverdagen. Deltakerne beskrev også økt oppmerksomhet mot det å innta tjenestemottakernes perspektiv for å bedre forstå den annens opplevelser.

#### 4.1.1. Underavsnitt 1. Endringer i praksis

Deltakerne i «Mitt livs ABC» fortalte at de var mange som hadde gjennomført ABC-opplæring fra eget arbeidssted. De benyttet ofte kunnskapen de hadde fått i det daglige praktiske arbeidet med tjenestemottakerne. Et illustrativt eksempel var historien om brødskiva og leverposteien. De ble inspirert av en video tilknyttet den ene permen i «Mitt livs ABC» som handlet om en tjenestemottaker som ikke fikk velge pålegget sitt selv.

*«Personalet smurte alltid leverpostei på brødskiva uten å spørre hva han ville ha. Vi måtte innrømme at vi kjente oss igjen fra egen praksis.»*

Etter denne erfaringen bestemte de seg for å spørre en aktuell tjenestemottaker på egen arbeidsplass hva han ville ha på brødskiva, og da fikk de seg en overraskelse, fordi han valgte faktisk noe annet.

*«Det var ubehagelig å tenke på at vi på en måte hadde tatt fra ham en grunnleggende rettighet til å ta egne valg.»*

Denne tjenestemottakeren fikk heretter en egen kurv med pålegg som han valgte fra selv.

Deltakerne beskrev imidlertid at det å endre praksis ikke alltid var like enkelt. Det kunne være utfordrende å vite hvordan en skulle gå frem for å overbevise andre medarbeidere om betydningen av å prøve noe nytt. En mulighet kunne være å luften en ny ide litt forsiktig, for eksempel når det gjaldt hvordan man tilbyr maten med henvisning om at det jo er hyggelig å bli spurt.

Et annet eksempel på bruk av kunnskap i praksis omhandlet tjenestemottakere med kognitive utfordringer som særlig medførte vansker med tidsperspektiv og kommunikasjon. Dette kunne medføre frustrasjon og sinne ved manglende oversikt over egen hverdag.

*«Det er jo ikke så greit når vi sier det er en time til middag, og brukeren ikke aner hva en time betyr.»*

Etter «Mitt livs ABC» jobbet de mye med å innføre dagsplaner, enkle verktøy for oversikt over tid samt kommunikasjonsstøtte. Deltakerne fortalte at dette medførte en reduksjon i stress og uro, og tjenestemottakerne virket generelt mer rolige og fornøyd.

#### 4.1.2. Underavsnitt 2. Kunnskap gir trygghet

Deltakerne fortalte at deres arbeidshverdag til tider både kunne være fysisk og psykisk slitsom, og krevde i perioder at de måtte håndtere et bredt spekter av utfordrende situasjoner. Eksempelvis kunne dette handle om ansvaret for å gi gode tjenester til tjenestemottakere med

alvorlige somatiske tilleggslidelser og møter med vold og trusler. Etter «Mitt livs ABC» opplevde de å stå tryggere med økt selvtillit i møte med tjenestemottakerne. Maktesløsheten de kunne oppleve for eksempel når man som nyansatt ikke hadde kunnskap til å håndtere en situasjon på en god og forsvarlig måte, satt fortsatt i.

*«En opplevelse som har satt seg fast i hukommelsen, var den gangen en bruker fikk et alvorlig epilepsianfall. Det var skremmende. Med oppdatert kunnskap og mer erfaring står man bedre rustet til å hjelpe.»*

Deltakerne fortalte også at de i større grad var i stand til å kunne argumentere for faglige synspunkt etter «Mitt livs ABC». Da ble det også lettere å ta selvstendige valg som de kunne stå inne for.

*«Det gjelder egentlig all kompetanseheving, men i ABC opplæringen varer opplæringen over tid og det er jevnt og trutt med påfyll hele tiden.»*

Ved å være oppdatert, lese om det og snakke om det, opplevde de å ha kunnskapen som skulle til for å håndtere situasjoner som skulle dukke opp. Dette skapte trygghet hos tjenesteytere, som igjen skapte trygghet for tjenestemottakere.

#### 4.1.3. Underavsnitt 3. Brukerperspektivet

Deltakerne beskrev hvordan de etter «Mitt livs ABC» skjønnte hvor viktig det var å ta tjenestemottakernes perspektiv, og praktiserte dette jevnlig. På denne måten fikk man en økt forståelse av deres reaksjoner i gitte situasjoner.

*Vi stiller hele tiden spørsmål til hvordan vi skal jobbe og observerer mye for å forstå hvordan vi skal «komme innenfor». Vi prøver å finne den riktige nøkkelen. Er det denne, en ny eller den som virket tidligere?*

De opplevde den kontinuerlige vurderingen som avgjørende for å kunne skape de gode dagene for tjenestemottakerne. Det kunne handle om alt fra det å motivere en bruker opp av sengen en grå dag, til å mestre et legebesøk en annen lenge hadde gruet seg til.

Det kunne også omfatte det å forebygge at vanskelige situasjoner eskalerte. Dette ble eksemplifisert ved en beskrivelse av hvordan en tjenestemottaker uten vokalt språk, plutselig kunne endre sinnsstemning og ødelegge inventar i leiligheten. Det ble her beskrevet at det ble brukt mye tid i etterkant på å prøve å forstå hvorfor dette skjedde. De forsøkte å tenke seg inn i den annens situasjon, og ut fra dette ble det lagt til rette for miljøbetingelser som ble antatt å kunne oppleves mindre skremmende og mer forutsigbare i en fremtidig situasjon.

*«Noen har til tider litt dårlig kommunikasjons seg imellom, kanskje snakker de litt utydelig eller får ikke helt fikk med seg hva den andre sa. Da kan det bli litt vanskelig, og misforståelser oppstår»*

I denne sammenheng ble viktigheten av å forsøke å få innsikt i den annens perspektiv godt beskrevet. Når situasjonen begynte å eskalere, kunne de ansatte med sin innsikt og erfaring plassere seg på rett sted litt «umerkelig», og visste akkurat hva de kunne si og gjøre for å roe det hele ned.

## 4.2. Resultatkategori 2. Læring på tvers

Refleksjonsgruppene ble trukket frem som den beste kilden til kunnskapsdeling etter «Mitt livs ABC». Å kunne reflektere over praksis på tvers av flere avdelinger og få tilbakemeldinger fra andre deltakere i gruppen om hvordan de hadde løst lignende utfordringer, gav inspirasjon til å løfte saker i interne personalmøter. Slike innspill førte ofte til endringer og forbedringer i praksis på egen arbeidsplass.

### 4.2.1. Underavsnitt 1. Refleksjon over praksis

Deltakerne fortalte at de ved oppstart av permen i «Mitt livs ABC», dannet en lokal refleksjonsgruppe fra forskjellige avdelinger i kommunen. Det var en variert gruppe med forskjellig alder og erfaring. De laget formelle avtaler om å møte forberedt. Dette var avgjørende for at gruppemøtene skulle bli tatt seriøst.

*«I refleksjonsgruppen fikk vi tilgang til kunnskap vi ikke hadde fått tidligere i lærlingtiden. I gruppen fikk alle snakke og bli lyttet til. Det var veldig interessant og lærerikt å dele erfaringer på denne måten.»*

På denne måten ble de inspirert og sammenlignet andres refleksjoner med situasjoner på egen arbeidsplass. Det ble oppfattet som en fordel at flere tjenesteytere fra samme arbeidsplass fikk delta på «Mitt livs ABC». Dette medførte at flere fikk del i samme kunnskap, og derav ble det enklere å bli enige om nødvendige miljøtiltak på et senere tidspunkt. Tid ble løftet fram som en viktig faktor man fikk større tilgang til i refleksjonsgruppene.

*«En annen bra ting med refleksjonsgruppene var at det ble avsatt tid til å reflektere, og tid er det ikke alltid nok av i hverdagen. Da kunne vi jobbe med et tema inntil det var «lukket» på en måte, slik at det ikke var noen løse tråder igjen når vi var ferdige.»*

Det ble også lagt vekt på betydningen av å ha erfaring fra praksis før de begynte på «Mitt livs ABC». Dette fordi man husket bedre om man hadde noen «knagger» å henge den nye kunnskapen på.

#### 4.2.2. Underavsnitt 2. Personalmøtet

Deltakerne fortalte hvordan de under ABC opplæringen ofte ble enige om et tema måtte tas videre i personalmøter på egen arbeidsplass.

*«Det er så viktig at vi får videreformidlet det vi har lært til alle i personalgruppen. På personalmøter snakker vi om forskjellige saker og hvordan vi skal forbedre oss, men også om hva som fungerer bra.»*

De beskrev imidlertid at tiden ofte ikke strakk til, og fagtema og refleksjoner derved kunne gå på bekostning av personalsaker. Personalmøtet ble også løftet som en god arena for videreformidling av kunnskap og planer for å sikre at alle skulle få god informasjon som mulig og kunnskapen skulle komme ut i det ytterste ledd.

Deltakerne opplevde andre tjenesteytere som ikke hadde deltatt på «Mitt livs ABC» som nysgjerrige på hva de hadde lært.

### 4.3. Resultatkategori 3. Virkningsfulle faktorer for kvalitet i tjenesten

Deltakerne løftet noen faktorer de mente påvirket kvalitet på tjenestene de gav i positiv retning. Konkret handlet disse faktorene om å være seg bevisst sitt ansvar for å holde seg oppdatert på ny kunnskap, hvordan faste stillinger påvirket helhet og kvalitet i det daglige helsearbeidet samt hvordan nye og yngre krefter bidro til at personalgruppen ble mer mottakelige for endringer.

#### 4.3.1. Underavsnitt 1. Ansvar

Deltakerne fortalte at selv om man var ferdig med «Mitt livs ABC», kunne man ikke senke skuldrene. De hadde et ansvar. Når hverdagen tok over, ville ny kunnskap lett glemmes.

*«Tar en ikke kunnskapen videre, så skjer det ingenting heller. Vi har et ansvar for å opprettholde lært kunnskap, men kunnskap må også etterspørres. Det er utrolig hva man husker når noen først begynner å spørre.»*

Lært kunnskap ble blant annet videreført ved å ha tilgjengelige fagpermer på personalrom som kolleger kunne lese i ved anledning. Deltakerne fortalte også om gode erfaringer med fagmøter hvor noen få medarbeidere deltok. Det var tryggere i små grupper, og lettere å ta ordet. Ansvar handlet videre om å iverksette nødvendige tiltak på bakgrunn av oppdatert

kunnskap som ble dokumentert i journal. På denne måten kunne de raskt oppdatere seg når de skulle praktisere nye rutiner. Lederes ansvar for å etablere systemer slik at ansatte kunne gjøre jobben på en god måte samt for å ha god oversikt over kompetansestatus i avdelingen ble også frontet.

#### 4.3.2. Underavsnitt 2. Faste stillinger

Deltakere fortalte om hvor betydningsfullt det var med faste og større stillinger både for egen selvfølelse og for å få kunnskap ut til det «ytterste ledd», som handler om vikarene. Flere hadde selv erfaring som tidligere vikar.

*«Som vikar føler man seg ikke så viktig på jobben. En blir mer i bakgrunnen og mindre ansvarlig på en måte. Vikarer er ofte ikke del av noe team og kommer liksom inn som reserve.»*

De fortalte om hvor vanskelig det kunne være å få oversikt over endringer på jobb om man ikke hadde vært der på en stund og at dette kunne gå ut over brukerne. I en fast stilling hadde man mer ansvar, og de erfarte en mer spennende og variert hverdag. Da var det lett å glemme vikarene, og at de trengte innføring i ny kunnskap og noen som kunne følge opp og legge til rette for god opplæring og oppdatering. Deltakerne mente det var ganske vanlig med små vikarstillinger i disse tjenestene.

*«Men selv som ferdig utdannet helsefagarbeider, kan det ta mange år før man får større og fast stilling. Vi har måttet jobbe oss oppover.»*

#### 4.3.3. Underavsnitt 3. Generasjonsskifte

Deltakerne beskrev at tidligere hadde det vært flere eldre ansatte som hadde en felles oppfatning om hvordan ting skulle være og at ting virket veldig fastlåst. Dette kunne innebære at man benyttet tiltak som ikke var oppdatert og tilpasset tjenestemottakerne.

*«Slik er det ikke lenger. Man kan kanskje si det er et generasjons skifte. Etter at det er blitt flere yngre ansatte, virker de eldre mer åpne for andre måter å gjøre ting på.»*

Det var blitt et større rom for å spørre andre om deres mening, hva de tenkte og hvordan ting kunne gjøres annerledes. Dette påvirket deres mulighet som helsefagarbeidere til å jobbe mer kunnskapsbasert.

## 5.0. Drøfting.

I drøftingsdelen vil studiens funn drøftes opp mot teori og empiri fra studiens litteratursøk, med et mål om å svare på problemstilling og forskningsspørsmål som var følgende:

«Hvilke erfaringer har helsefagarbeidere med bruk av ny kunnskap i praksis etter deltakelse i Mitt livs ABC»?

- Forskningsspørsmål 1: Hvordan blir ny kunnskap fra «Mitt livs ABC» synlig i møte med tjenestemottakerne?
- Forskningsspørsmål 2: Hvordan bidrar «Mitt livs ABC» til kunnskapsdannelse?
- Forskningsspørsmål 3: Hva erfarer helsefagarbeidere bidrar til opprettholdelse av ny kunnskap?

Jeg har valgt å drøfte funn i lys av et salutogenetisk meta -perspektiv (Antonovsky, 2012). Dette fordi jeg ønsket å få nærmere innsikt i betydningen av opplevelsen av sammenheng (OAS) og mestrings-fremmende ressurser for deltakere i «Mitt livs ABC».

Denne studien er epistemologisk forankret i hermeneutisk og fenomenologisk vitenskapsteoretisk retning. Der det er relevant vil funn ses i relasjon til disse. I tillegg har teorien om Locus of control (Galvin et al., 2018) vært til inspirasjon i min drøfting.

En rapport fra FHI om brukerperspektiv (FHI, 2019), Rundskriv om rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming (Helsedirektoratet, 2015) samt en studie om kunnskapsutvikling i sykehjem (Brenden et al., 2011), er introdusert for første gang i drøftingsdelen grunnet behov for å belyse funn med ny teori utover studiens innledende kunnskapsgrunnlag.

Jeg har videre valgt å drøfte funn i resultater som jeg finner hensiktsmessige for å belyse studiens problemstilling og forskningsspørsmål. Derfor er det lagt størst vekt på de to første resultatkategoriene om betydningen av ny kunnskap i praksis og læring på tvers. Den tredje resultat kategorien om virkningsfulle faktorer for kvalitet i tjenestene, blir nærmere omtalt i kapittel 6. om implikasjoner for praksis og videre forskning.

### 5.1. Betydningen av ny kunnskap i praksis

Hovedfunn fra resultat kategorien om betydning av ny kunnskap i praksis viste at deltakerne hadde konkrete erfaringer med endringer i praksis i etterkant av opplæringen i «Mitt livs

ABC». De erfarte at kunnskap gav de trygghet i utøvelsen av sitt arbeid og var blitt mer bevisst betydningen av å innta brukerperspektivet. Funn fra denne resultat kategorien vil etter min oppfatning særlig belyse studiens problemstilling om helsefagarbeidernes erfaringer med bruk av ny kunnskap i praksis, og det første forskningsspørsmålet om hvordan ny kunnskap kan bli synlig i praksis.

Jeg ønsker å drøfte funn fra denne resultat kategorien med utgangspunkt i Antonovsky (2012). Deltakernes opplevelse av å kunne påvirke og legge til rette for miljøtiltak som de observerte var positive for tjenestemottakerne, forstår jeg som en beskrivelse av nyutviklede mestingsressurser etter å ha gjennomført Mitt livs ABC. I et salutogenetisk perspektiv oppfatter jeg det slik at deltakerne brukte nye kunnskapsressurser til å løse utfordringer på nye måter. Ny og relevant kunnskap kan ha medført at deltakerne i større grad så en sammenheng mellom kunnskapsdannelse og handlingskompetanse i form av tiltak som førte til positive endringer hos tjenestemottakerne. Antonovsky (2012) benevner dette som opplevelse av sammenheng (heretter forkortet til OAS). OAS består av komponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 2012).

I min studie kan komponenten om begripelighet, gi en utvidet forståelse av hvordan deltakerne opplevde at kunnskapen de hadde tilegnet seg i «Mitt livs ABC», førte til at de bedre kunne forstå tjenestemottakernes atferd, deres grunnleggende behov for selvbestemmelse og mulighet til å påvirke sine omgivelser. Deltakerne gav uttrykk for at de nå var i stand til å iverksette tiltak som kunne bidra til selvbestemmelse for den enkelte tjenestemottaker. Det å lære seg ferdigheter i form av å kunne velge hvilket pålegg de vil ha på brødiskiva, kan i seg selv forstås som en enkel form for selvbestemmelse. Summen av mange slike enkle muligheter for å påvirke sin egen hverdag vil imidlertid kunne ha stor betydning for den enkelte. Sett i en større helhet vil tilrettelegging for økt beslutningsstøtte og selvbestemmelse kunne virke forebyggende overfor frustrasjon som kan bygge seg opp til mer alvorlig utfordrende atferd, som igjen kan ha en avgjørende betydning for tjenestemottakerens trivsel, egenverd og psykiske helse, noe som også støttes av Helsedirektoratet (2015, s. 42). Dette funnet kan også knyttes til FO (2018), som i sin undersøkelse fant at økt kompetansenivå i tjenestene kan påvirke tjenestemottakers rett til selvbestemmelse og mulighet til å ta egne valg i hverdagen (FO, 2018). Endelig kan funnet ses i relasjon til menneskerettskonvensjonen og CRPD, som fremmer retten til hjelp og tilrettelegging for å kunne realisere selvbestemmelse (Guddingsmo, 2020).



Mine funn viste at kombinasjonen av teori, seminar og refleksjon fra «Mitt livs ABC» fasiliterer kunnskapsdannelse som gav tilgang til enkle metoder for å bedre tjenestemottakernes livskvalitet. Det handlet blant annet om tiltak som gav større oversikt over dagen, som igjen førte til mindre rastløs atferd og større grad av ro hos tjenestemottakerne. I et salutogenetisk perspektiv er det sannsynlig at deltakerne opplevde arbeidssituasjonen som mer ordnet, strukturert og forståelig når de så sammenhengen mellom tiltak og bedret livskvalitet for tjenestemottakerne. Den andre komponenten i OAS om håndterbarhet er relevant i denne sammenheng, ved at deltakerne på denne måten erfarte hvordan praktisering av ny kunnskap realiserte nødvendige ressurser til å håndtere kjente utfordringer på andre og mer hensiktsmessige måter.

Gadamer (2010) kan også bidra til å løfte betydningen av dette funnet. Slik jeg forstår Gadamer har vi alltid en helhetlig forståelse av virkeligheten avhengig av vår forståelseshorisont og vår forforståelse på et gitt tidspunkt. I «Mitt livs ABC» fikk deltakerne over tid stadige nye kunnskapsdrypp i form av å lese teori, reflektere i grupper samt få motivasjon fra fagseminar som kunne berede grunnen til å prøve ut kunnskap i praksis. I et hermeneutisk perspektiv kan det antas at når nye tiltak ble iverksatt i møte med tjenestemottakeren, dannet summen av kunnskapen som ble utvunnet fra de sentrale elementene teori, seminar og refleksjon i «Mitt livs ABC», en ny helhet og en utvidet forståelseshorisont hos deltakerne. Teori, seminar og refleksjon representerer på denne måten delene som samlet skaper ny mening fordi de danner en ny helhet. Slik Gadamer (2010, s. 302) peker på, kan helheten på denne måten forstås i lys av delene og delene utfra helheten ved å tenke seg prosessen fra kunnskapsdannelse til handlingskompetanse som en evig spiralbevegelse mellom kunnskap og handling som vil prege og utfordre den ontologiske forståelsen av virkeligheten for hver ny bevegelse i den hermeneutiske spiral.

Deltakernes nyervervede erfaring med at endrede miljøtiltak økte den faglige kvaliteten på tjenestene, kan endelig forstås i lys av den tredje og ifølge Antonovsky (2012), viktigste av de tre komponentene om meningsfullhet. Med utgangspunkt i Antonovsky (2012) sin forståelse, handler meningsfullhet om hvordan mennesker opplever at livet er forståelig på et følelsesmessig plan, og at noen problemer representerer viktige utfordringer og som verdt å engasjere seg i. Tidligere utfordringer som deltakerne nå fant nye løsninger på, kan ha bidratt til viktige erfaringer som samlet medførte økt opplevelse av sammenheng i deres arbeidshverdag.

Et annet funn som kan ses i sammenheng med komponenten om meningsfullhet, er deltakernes beskrivelser av deres arbeidshverdag som til tider både ble opplevd som fysisk og psykisk slitsom. Deres positive erfaringer med bruk av ny kunnskap i etterkant av «Mitt livs ABC», kan ses i sammenheng med Solem (2017), som hevder at positive erfaringer kan medvirke til en styrket OAS. En styrket OAS kan i denne sammenheng fungere som en slags stressmoderator som aktiverer hensiktsmessige mestringskapasiteter under fysisk og psykisk slitsomme hendelser slik at de kan oppleves både begripelige, håndterbare og meningsfulle.

Deltakerne beskrev at nyervervet kunnskap ble benyttet i samhandling med tjenestemottakerne. Dette kan relateres til Lejonqvist et al., (2012) som viste hvordan klinisk kompetanse hos sykepleiestudenter først ble synlig og kom til uttrykk i møte med pasientene. Selv om kontekst er forskjellig fra funn i denne studien og til Lejonqvist et al., (2012), forstår jeg det likevel slik at de kan ses i sammenheng. Dette fordi begge viser til at ny kunnskap som fenomen viser seg ved praktisering av kunnskapen og i møtet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker.

#### 5.1.1. Kunnskap gir trygghet

Et sentralt funn var at deltakerne opplevde å møte utfordrende situasjoner i praksis med økt selvtillit og trygghet etter «Mitt livs ABC». Dette kan knyttes til funn hos Lejonqvist et al., (2012) som i sin kvalitative studie basert på spørreskjema med åpne spørsmål, blant annet fant at det å ha tro på seg selv, økte kvaliteten på tjenestene. Gormley et al., (2019), fant derimot i sin kvantitative studie om utvikling av kunnskap, ferdigheter og selvtillit i et tre dagers teorikurs med fire ukers oppfølging i praksis med veiledning, ikke noe som indikerte økt selvtillit i arbeidet etter opplæring, selv om den viste signifikant økning i kunnskap og ferdigheter i etterkant.

En mulig forklaring på denne forskjellen mellom mine funn og studien til Lejonqvist et al., (2012) på den ene side, og Gormley et al., (2019) på den annen side, kan etter min forståelse handle om varigheten av opplærings situasjonen. I Lejonqvist et al., (2012) sin studie var deltakerne sykepleiestudenter i et utdanningsforløp som vanligvis strekker seg over tre år. «Mitt livs ABC» er en opplæringsmodell som strekker seg over et år for hver perm. Som en motsats til dette, ble det i studien til Gormley et al., (2019) kun formidlet et tre dagers teori kurs og fire uker med observasjon og veiledning i praksis.

Etter min forståelse kan funn om deltakerne sin opplevelse av økt selvtillit og trygghet i møte med tjenestemottakere etter opplæring i «Mitt livs ABC», også representere en nyutviklet

mestringsressurs i form av økt tro på egne praksisferdigheter. Begrepet om «Locus of control» (heretter forkortet til LOC) kan bidra til å ytterligere belyse denne mestringsressursen. LOC handler om i hvilken grad mennesker opplever å ha kontroll på fremtidige hendelser og utfall i sitt liv (Galvin et al., 2018). Om deltakerne ved å øke sin bevissthet om sammenhengen mellom egen atferd og en bedret livssituasjon for tjenestemottakerne, har medført økt trygghet i møte med tjenestemottakerne, kan derav deres interne LOC ha blitt styrket. Ut ifra min tidligere antakelse om at varighet på opplæring er av betydning for utvikling av selvtillit og trygghet, kan varigheten av «Mitt livs ABC» ha hatt betydning for økt intern LOC hos deltakerne.

Et annet interessant funn var at deltakerne fortsatt kunne kjenne på den ubehagelige følelsen av å være i en situasjon de opplevde å ikke mestre, fordi de manglet kunnskap. Dette kom eksempelvis fram i en historie fra tiden som nyansatt hvor en tjenestemottaker fikk et alvorlig epileptisk anfall en gang de var alene sammen. De hadde ingen forutsetninger for å vite hva de skulle gjøre for å hjelpe. Det ble beskrevet hvordan denne følelsen fortsatt «satt» i kroppen når de kjente etter. Denne kroppslige beskrivelsen kan knyttes til fenomenologien og Thoresen et al., (2020) som beskriver kroppen som utgangspunktet og betingelsen for subjektiv og eksistensiell erfaring. Ut ifra en fenomenologisk forståelse smelter erfaringen og følelsen som sitter i kroppen sammen til ett, da kropp og verden ikke kan skilles som to enheter, like lite som kropp og psyke kan skilles (Thoresen et al., 2020, s. 12).

Denne opplevelsen av mangel på kunnskap og kontroll kan også forstås utfra teorien om LOC. Deltakernes opplevelse av mangel på muligheter til å påvirke situasjonen grunnet kunnskapsgapet i denne settingen, kan reflektere en ekstern form for LOC. Dette innebærer opplevelsen av å ikke kunne påvirke eller ha kontroll på hendelser som skjer. Ut ifra deltakernes beskrivelser, antar jeg at de raskt forsto at tjenestemottakers ve og vel, var helt avhengig av hjelp fra andre mer erfarne og kompetente tjenesteytere. Jeg kan tenke meg at deltakerne opplevde dette som en svært stressende situasjon. Antonovsky (2012) beskriver stress i den salutogenetiske modellen som en slags mostandsressurs eller mestringsressurs avhengig av om en har erfaringer og kunnskap til å håndtere stress på en hensiktsmessig måte. Deltakerne som opplevde et alvorlig epilepsianfall uten å ha kjennskap til hvordan de kunne hjelpe, kan ha erfart situasjonen både som uforståelig, skremmende og lite påvirkbar. Som nyansatte beskrev de å ikke ha den nødvendige kunnskapen om førstehjelp ved alvorlige epilepsianfall og derav ikke nødvendig erfaring og kunnskap til å realisere sine mestringsressurser. Deltakerne fortalte at med oppdatert kunnskap og erfaring ble de bedre

rustet til å hjelpe. I et salutogenetisk perspektiv kan deltakerne ved å ha ervervet seg kunnskap og erfaring om hvordan håndtere alvorlige epilepsianfall, ha styrket sine mestringsressurser på mer hensiktsmessige og helsefremmende måter.

Antonovsky (2012) kan også bidra til å belyse dette funnet i lys av OAS, som en egenskap som i denne konteksten har utviklet seg fra svakere til sterkere over tid, avhengig av deltakernes gradvise tilegnelse av mer erfaring og kunnskap. Om hypotesen nå er at deltakernes OAS ble sterkere, er det naturlig å anta at deltakerne ikke lenger opplever epilepsianfall som så farlig og lite påvirkbar som første gang (Antonovsky, 2012, s. 146).

### 5.1.2. Brukerperspektivet

Funn pekte på at «Mitt livs ABC» førte til økt refleksjon om brukerperspektivet i daglig arbeid. Dette ble eksemplifisert ved beskrivelser av hvordan tjenesteytere møtte tjenestemottakere som uten synlig foranledning kunne fremstå som frustrerte, sinte eller truende. Da handlet det om å forsøke å forstå den annens situasjon for derav å kunne legge til rette for mer hensiktsmessige handlingsalternativer i lignende situasjoner i fremtiden. Dette funnet kan forstås i relasjon til Folkehelseinstituttet sitt informasjonshefte «Hva er viktig for deg? - en retningsendring» (FHI, 2019) som løfter det salutogenetiske perspektivet for å øke mestring, helse og velvære i et folkehelseperspektiv. Retningsendringen fra å spørre: «hva er i veien med deg?», til «hva er viktig for deg?» gir rom for å innta og forstå tjenestemottakerens perspektiv. Funn i denne studien beskrev en tjenestemottaker som opplevde frustrasjon. Det kan antas at frustrasjonen blant annet handlet om manglende oversikt over omgivelsene samt at tjenestemottakeren ikke hadde verbalt språk til å uttrykke dette. Funn viste at deltakere jobbet målbevisst med å «finne den rette nøkkelen» via observasjon og tilrettelegging. Jeg velger å tolke dette som deltakernes alternativ til å spørre «hva er viktig for deg i denne situasjonen?», slik FHI (2019) viser betydningen av. Denne tilnærmingen forstår jeg også som en måte å legge til rette for tiltak basert på brukeres egne mål og som fremmer selvbestemmelse.

### 5.2. Læring på tvers

Funn i denne studien tydet på at kombinasjonen av de tre bærende elementene i «Mitt livs ABC» om teori, refleksjon og seminar var sentralt i hvordan «Mitt livs ABC» bidro til kunnskapsdannelse. Personalmøtet ble løftet som en viktig arena for kunnskapsdeling.

### 5.2.1. Refleksjon over praksis

I min studie kom det frem at refleksjonsgruppene var den mest betydningsfulle kilden til kunnskapsdannelse i «Mitt livs ABC». Etter min oppfatning belyser det studiens forskningsspørsmål om hvordan «Mitt livs ABC» bidrar til kunnskapsdannelse. Det å ha avsatt verdifull tid til å kunne reflektere over teori fra permene og knytte dette til praksis med andre deltakere fra andre steder i kommunen, medførte økt kunnskap. Dette funnet understøttes av Rose et al., (2012) og Fossli et al., (2014) som begge peker på at en kombinasjon av kurs/seminar og refleksjon gir bedre læringsutbytte.

Deltakerne opplevde i refleksjonsgruppene at de fikk inspirasjon fra hvordan andre tenkte og jobbet. Dette funnet er i samsvar med Fossli et al., (2014) som viste hvor viktig studiegruppene var for læring ved at flere med forskjellige fagbakgrunn gikk gjennom det samme fagstoffet. Fossli et al., (2014) pekte imidlertid på at svakheten med refleksjonsgruppene kunne være mangel på fag- og veilederkompetanse, og at dette muligens kunne ha medført økt faglig støtte og veiledning. Dette var forhold som ikke fikk noen oppmerksomhet fra deltakere i denne studien. Det kan etter min forståelse ikke utelukkes at dette kunne representert en ytterligere styrke for læringsfaktoren om dette hadde vært et krav til refleksjonsgruppene i «Mitt livs ABC».

Deltakere beskrev at situasjoner som ble opplevd utfordrende å håndtere, trygt kunne drøftes med andre i refleksjonsgruppen som kunne belyse hvordan de håndterte lignende situasjoner på andre arbeidsplasser. Med inspirasjon fra Gadamer (2003) kan dette funnet også forstås slik at refleksjonsgrupper fremmet et bredere faglig og etisk perspektiv som utvidet deres forståelseshorisont. Dette kan forklares nærmere ved at Gadamer viser til at det først er i relasjon med et annet menneske vi møter en annen forståelseshorisont. Om vi så greier å berike vår forståelse sammen med andre, skjer det ifølge Gadamer (2003, s. 116) en horisontsammensmeltning. Utfra funn om at refleksjonsgruppen ble opplevd som den mest betydningsfulle kilden til kunnskapsdannelse, kan Gadamer bidra til å belyse hvordan refleksjonsgruppen er et fora for horisontsammensmeltning. Dette skjer ved at deltakerne beriker hverandre med nye perspektiv og erfaringer som forstås og tas med tilbake til den enkelte deltakers arbeidsplass.

Et annet funn fra refleksjonsgruppene var at deltakerne opplevde det positivt at det lå betingelser for hva slags struktur de skulle ha i gruppen. Dette funnet kan ses i lys av komponenten om begripelighet og Antonovsky (2012) sin forståelse av OAS. Ut ifra på forhånd definerte regler, lagde deltakerne formelle avtaler blant annet om at de skulle møte

forberedt slik at alle kunne bidra med faglige innspill i refleksjonsgruppene. Jeg antar at deltakere slik de beskrev dette, opplevde at de skapte en kontekst som var både strukturert, tydelig og forutsigbar.

I min studie viste funn deltakernes forskjellige erfaringer omkring deling av ny kunnskap blant andre kolleger på arbeidsplassen. Noen av deltakerne hadde erfaringer med at ansatte som ikke hadde vært med på «Mitt livs ABC» var nysgjerrige og vitelystne på hva de hadde lært. Dette kan ses i sammenheng med Fossli et al., (2014) som hadde en antakelse om at grunnen til at så mange oppgav å bruke ny kunnskap i praksis, kunne ha en sammenheng med at disse arbeidsplassene var nysgjerrige på kunnskap, og at det generelle kunnskap- og læringssynet på arbeidsplassen påvirket læringen hos deltakerne.

Andre deltakere beskrev utfordringer med å dele ideer og ny kunnskap med andre kolleger som ikke hadde deltatt i «Mitt livs ABC». De gav uttrykk for at det var lettere å enes om videre utvikling av tiltak om de var flere som hadde gjennomført den samme opplæringen. Disse funn kan understøttes av Landesman- Dwyer & Knowles, (1987) som hevder at tettheten av opplært personal, altså mengden av personalgruppen som deler lik kunnskap, holdninger og ferdigheter, kan ha stor betydning for om langtidseffekter finner sted. I et salutogenetisk perspektiv kan deltakernes positive opplevelse av å være flere fra samme arbeidsplass som fikk samme opplæring, også handle om at de utviklet en opplevelse av sosial støtte seg imellom. Ifølge Solem, (2017, s.105) kan opplevelse av sosial støtte fungere som en mestringsressurs i seg selv. Ut ifra denne forståelsen kan deltakernes nye mestringsressurser ha bidratt til økt sannsynlighet for å få gjennomslag for ideer og inspirasjon fra «Mitt livs ABC» i kraft av en visshet om at flere på arbeidsplassen hadde fått den samme kunnskapen. Etter min forståelse kan utvikling av slike mestringsressurser være medvirkende til både kunnskapsdannelse, bruk av kunnskap i praksis og opprettholdelse av kunnskap på arbeidsplassen.

### 5.2.2. Personalmøtet

Funn belyste deltakernes opplevelse av ansvar for å dele sin kunnskap i etterkant av opplæring i «Mitt livs ABC». Personalmøtet ble løftet som en viktig arena hvor de fikk mulighet til å dele kunnskap. Dette støttes av Brenden et al., (2011) som i sin studie om kompetanseutvikling i sykehjem fant at personalmøter var en viktig arena for læring og kompetanseutvikling fordi det var et sted de var samlet og kunne diskutere.

Videre viste funn i min studie at personalmøtet ble opplevd å være et sted de kunne diskutere forskjellige utfordringer knyttet til praksis samt formidle faglig informasjon ut i ytterste ledd.

Tid ble imidlertid løftet som mulig barriere for å dele kunnskapen i personalmøtet, da personalsaker ofte ble prioritert i stedet for brukersaker og tilknyttede fagtema.

Jeg tolker med dette deltakernes opplevelse av personalmøtet er som et slags sentrum.

Personal møtet ble et konkret fora hvor personalgruppen og leder møtes, hvor viktige saker ble tatt opp, praktisk og faglig informasjon ble delt og faglige utfordringer kunne drøftes, noe som også understøttes av Brenden et al., (2011). Om vi ser funn om personalmøtet i lys av Solem (2017) sin forståelse av generelle mestringsressurser, kan personalmøtet forstås som et fora hvor deltakerne fikk mulighet til å bearbeide kunnskap og erfaringer på en måte som styrket deres generelle mestringsressurser, både i form av opplevelse av en felles kultur, et sosialt fellesskap og støtte. Jeg velger også å forstå personalmøtet som et viktig fora hvor kunnskap kan få rom og liv i form av diskusjoner, refleksjoner, ledes ansvarfordeling for bruk av kunnskap i praksis og på denne måten bidra til både kunnskapsdannelse og opprettholdelse av kunnskap.

## 6.0. Konklusjon

Hensikten med studiens problemstilling var å undersøke helsefagarbeideres erfaringer med bruk av ny kunnskap i praksis etter gjennomført opplæring i «Mitt livs ABC». Med forskningsspørsmålene hadde jeg den hensikt å undersøke på hvilke måter ny kunnskap ble synlig i møte med tjenestemottakerne samt hva deltakerne erfarte bidro til kunnskapsdannelse og opprettholdelse av denne på arbeidsplassen.

Formålet var å utvikle en økt forståelse og innsikt i hvordan kunnskapen fra «Mitt livs ABC» blir benyttet i praksis, i tjenester til personer med nedsatt funksjonsevne. På sikt er det et endelig formål å fremme god psykisk helse og livskvalitet for den enkelte tjenestemottaker.

Funn viste at deltakerne erfarte å bruke sin kunnskap i praksis etter gjennomført opplæring i «Mitt livs ABC». Med inspirasjon fra teori, refleksjon og seminar fra «Mitt livs ABC», ble ny kunnskap synlig ved å iverksette og gjenoppta tiltak som deltakerne erfarte gav økt trygghet, forutsigbarhet og selvbestemmelse i hverdagen til tjenestemottakerne.

Et annet sentralt funn var at ny kunnskap fra «Mitt livs ABC» medførte økt trygghet i møte med tjenestemottakerne. Dette ble beskrevet som at deltakerne nå i større grad visste hva de skulle gjøre om det oppsto situasjoner hvor tjenestemottakerne fremviste uro og frustrasjon.

Funn fremmet også viktigheten av å sette seg inn i tjenestemottakernes perspektiv for å bedre forstå hvordan tjenestemottakerne opplever sin hverdag og sine tjenester, og derav kunne legge til rette for endringer i miljøbetingelser og alternative måter å samhandle på.

«Mitt livs ABC» ble erfart å være en god modell for kunnskapsdannelse særlig på grunn av kombinasjonen mellom de tre bærende elementene i «Mitt livs ABC», teori, seminar og refleksjonsgrupper. Kombinasjonen medførte at de over tid fikk god anledning til å lese teori, reflektere sammen med refleksjonsgruppen og dele kunnskap med sine medarbeidere på samme arbeidsplass.

Personalmøtet ble løftet som en viktig arena for kunnskapsdeling. Tid og prioritering av saker var imidlertid en faktor som opplevdes utfordrende i denne sammenheng.

En opplevd utfordring for endring i praksis og deling av kunnskap, handlet for deltakerne om å jobbe kunnskapsbasert med nyervervet kunnskap i samarbeid med andre kolleger som ikke hadde deltatt på «Mitt livs ABC». Dette kunne medføre en opplevelse av at de ikke delte samme forståelse av nytteverdi.



Ved å drøfte studiens funn i et salutogenetisk meta-perspektiv, åpnet dette for en utvidet forståelse for at veien fra kunnskapsdannelse til handlingskompetanse i «Mitt livs ABC» kan tenkes å generere nye mestringsressurser og opplevelse av sammenheng hos deltakerne i min studie. Økt tro på egne praksisferdigheter og positive erfaringer med vellykkede miljøtiltak, er eksempler på slike mestringsressurser som kan tenkes å fremme selvtillit og trygghet i møte med tjenestemottakerne. Dette vil etter min forståelse kunne bidra til kunnskapsdannelse, bruk av ny kunnskap i praksis og opprettholdelse av denne.

Studiens resultatkategori tre om virkningsfulle faktorer for kvalitet i tjenesten, valgte jeg å ikke gi et større fokus i studiens drøftingskapittel fordi de etter min forståelse i noe mindre grad reflekterte studiens problemstilling og forskningsspørsmål. Jeg finner likevel disse funn viktige og jeg mener de kan gi inspirasjon til videre arbeid i praksis og forskning. Jeg velger å nevne de i kapittelet om implikasjoner for videre praksis og forskning.

### 6.1. Implikasjoner for videre praksis og forskning

Mitt håp er at denne studien kan bidra til økt oppmerksomhet om virksomme faktorer for å benytte og ivareta kunnskap fra «Mitt livs ABC» i daglig praksis, og samtidig bidra til at fagmiljø og ledere finner inspirasjon til i større grad forankre kompetanseheving i rutiner og planverk. Slik jeg ser det, er det viktig at aktuelle planverk beskriver hvordan forvalte kunnskapen medarbeidere har «fått i hus», noe som også etter min forståelse kan føre til en mer bevisst holdning omkring ivaretagelse og opprettholdelse av kunnskap og kompetanse på den enkelte arbeidsplass.

Videre kan funn fra resultatkategori tre om virkningsfulle faktorer for kvalitet i tjenesten, forhåpentligvis øke bevisstheten omkring ansatte og lederes felles ansvar for kunnskap og kunnskapsdeling, viktigheten av faste stillinger samt økt kunnskap om hvordan generasjoner kan nyttiggjøre seg hverandres styrker.

Med bakgrunn i studiens sparsommelige funn av empiri og teori om kvalitativ forskning og bruk av ny kunnskap i praksis i tjenester til personer med utviklingshemming og videre hvilke faktorer som bidrar til å opprettholde nyervervet kunnskap og kompetanse, kan dette være områder verdt nærmere forskningsfokus i fremtiden. I denne sammenheng ønsker jeg å løfte viktigheten av at fremtidig forskning må inkludere mennesker med nedsatt funksjonsevne som

medforskere. Slik kan forskning bidra til at deres stemme blir hørt og at den enkelte tjenestemottaker får mulighet til selv å definere hva livskvalitet betyr i sitt liv. Tross alt er det ingen som kjenner sine egne behov så godt som tjenestemottakerne selv.

## REFERANSELISTE

Aadland, E & Eide, T. (2019). *Den lille etikkveilederen*. KS.

Aldring og helse, Nasjonal kompetansetjeneste. (2020, 24.02). Hentet 24. februar 2020 fra

<https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/mitt-livs-abc-utvikling-av-oppl%C3%A6ringsmaterieell-tjenesteytere-til-barn-unge-voksne-og-eldre-med-utviklingshemming/>

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Gyldendal

Norsk Forlag AS.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, (2018). *Hva er nedsatt funksjonsevne. Hva er*

*utviklingshemming?* Bufdir. Hentet 9. mars 2020 fra

[https://bufdir.no/Nedsatt\\_funksjonsevne/Hva\\_er\\_nedsatt\\_funksjonsevne/Hva\\_er\\_utviklingshemming/](https://bufdir.no/Nedsatt_funksjonsevne/Hva_er_nedsatt_funksjonsevne/Hva_er_utviklingshemming/)

Bjarnason, S., Tholèn, S.L., Danermark, B. (2015). Attityder til personer med.

funksjonssedsattning och interventioner for att påverka attityder. En systematisk

kunnskapsoversikt. *Ørebro Universitet. Institusjonen for helsovetenskap och medicin*.

Brenden, T. K., Storheil, A.J., Grov, E.K., Ytrehus, S. (2011) Kompetanseutvikling i

sykehjem – ansattes perspektiv. *Nordisk tidsskrift for Helseforskning*, nr. 1-2011, 7.

årgang.

Busch, T. (2013). *Akademisk skriving*. Bergen: Fagbokforlaget.

Døble, BS., Eek, A. (2015). *ABC – Virksomhetsintern opplæring i kommunene. Erfaringer*

*med gjennomføring av Demensomsorgens ABC og eldreomsorgens ABC som en del av kompetansesatsningen i Demensplan 2015 og Kompetanseløftet 2015.*

Forlaget Aldring og helse.

Ellingsen, K.E., Selfors I.M., Lunwitz, D. (2020). Lav kompetanse og utstrakt bruk av deltid truer faglig forsvarlige tjenester til personer med utviklingshemming. *Fontene forskning*, 13(1). 18-31.

Fellesorganisasjonen (FO). (2018). *FOs helhetlige opptrappingsplan for kvaliteten til personer med utviklingshemming*. Hentet 26. januar 2021 fra:

[Opptrappingsplan 2018\\_interaktiv\(4\).pdf \(fo.no\)](#)

Filstad, C. (2016). *Organisasjonslæring – fra kunnskap til kompetanse* (2.utg.).

Fagbokforlaget.

Finn, L. L. & Sturmey, P. (2009). The effect of peer-to-peer training on staff interactions with adults with dual diagnoses. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 96–106.

Folkehelseinstituttet. (2019). *Hva er viktig for deg? – En retningsendring*. Hentet 26.

januar 2021 fra: [Hva er viktig for deg? - En retningsendring - FHI](#)

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (FOR-2016-10-28-1250).

Lovdata. Hentet 19. januar 2021 fra:

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten - Lovdata](#)

Fossli, K.R., Kirkevold, Ø. & Fagerstrøm, L. (2014). Nytt av systematisk opplæring av helsepersonell innen eldreomsorgen – en evalueringsstudie av den norske ABC – modellen. *Vård i Norden*, 4, 27-32. Publ.no. 114 Vol.34.

Gadamer, H.G. (2003). *Forståelsens filosofi, utvalgte hermeneutiske skrifter*. Cappelen Forlag.

Gadamer, H.G. (2010). *Sannhet og metode*. Pax Forlag.

- Galvin, B.M., Randel, A.E., Collins, B.J. & J. R.E. (2018). Changing the focus of locus (of control): A targeted review of the locus of control literature and agenda for future research. *Journal of Organizational Behavior*, 39, 820 – 833. DOI: 10.1002/job.2275
- Gormley, L., Healy, O., Doherty, A., O'Regan, D., Grey, I. (2020). Staff training in Intellectual and Developmental Disability Settings: a Scoping Review. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. 32, 187-212.  
<https://doi.org/10.1007/s10882-019-09683-3>
- Gormley, L., Healy, O., O'Sullivan, B., O'Regan, D., Grey, I. & Bracken, M. (2019). The impact of behavioral skills training on the knowledge skill and well-being of front line staff in the intellectual disability sector: a clustered randomised control trial. *Journal of Intellectual Disability Research*, 63 (II), 1291-1304. DOI: 10.1111/jir.12630
- Guddingsmo, H. (2020). Selvbestemmelse som gave. *Fontene forskning*, 13(2), 4-17.
- Hanlon, P., MacDonald, S., Wood, K., All, L & Cooper, S. A. (2018). Long-term condition management in adults with intellectual disability in primary care: a systematic review. *BJGP Open*, 2(1), bjgpopen18x101445
- Helsebiblioteket. (2020). *Helsebiblioteket*. Hentet 29. februar 2020 fra <http://mesh.uia.no/>
- Helsedirektoratet. (2015). Rundskriv IS-10/2015. *Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming – helse- og omsorgstjenestelov kapittel 9* (Nr. IS10/2015) Rundskriv. Helsedirektoratet. Hentet 21. 04. 2021 fra [Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming - helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 - Helsedirektoratet](#)

Helsedirektoratet. (2020). *Nasjonal veileder om kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*. Høringsutkast. Helsedirektoratet.

Helsetilsynet. (2017). *Det gjelder livet. Rapport fra helsetilsynet*. (4:2017). Helsetilsynet.

Hentet 9. mars 2020 fra <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2017/det-gjelder-livet-oppsummering-av-landsomfattende-tilsyn-i-2016-med-kommunale-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemming/>

Johannessen, A., Tufte, PA & Christoffersen, L. (2016). Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode (5. utg.). Abstrakt forlag.

Kvale, S & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.

Lai, L. (2004). *Strategisk kompetansestyling* (2. utg.). Fagbokforlaget.

Landesman-Dwyer, S. & Knowles, M. (1987). Ecological analysis of staff training in residential settings. I J.Hogg & P. Mittler (eds) *Staff Training in Mental Handicap*. London: Croom Helm.

Langeland, E. (2017, 30. november). *Salutogenese – teori og praksis*. Nasjonalt Kompetansesenter for Psykisk Helsearbeid – NAPA. Hentet 21. april 2021 fra [Salutogenese - teori og praksis - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

Lejonqvist, GB., Eriksson, K & Meretoja, R. (2011). Evidence of clinical competence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 26, 340-348. doi: 10.1111/j. 1471-6712.2011.00939.x

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.

- Malterud, K., Siersma D. V., Guassora, D.A. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*. 26 (13), 1753-1760.
- McKenzie, K., Paxton, D., Patrick, S., Matheson, E., Murray, G.C. (2000). An evaluation of the impact of a one-day challenging behaviour course on the knowledge of health and social care staff working in learning disability services. *Journal of Learning Disabilities*. 4(2), 153-165.
- McKenzie, K., Sharp, K., Paxton, D. & Murray, G.C. (2002). The impact of training and staff attributions on staff practice in learning disability services: a pilot study. *Journal of Learning Disabilities*., 6, 239-251.
- McKnight, T. J. and Kearney, C. A. (2001). Staff training regarding choice availability for persons with mental retardation: a preliminary analysis. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 13 (1), 1–10.
- Meld. St. 45 (2012-2013). *Frihet og likeverd – Om mennesker med utviklingshemming*. Barne-, likestillings – og inkluderingsdepartementet. Hentet 28. februar 2020 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-45-2012--2013/id731249/>
- NAKU Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming. (2019). *Hvordan ser god ut? En veileder for helse- og omsorgstjenestene til utviklingshemmede*. Hentet 9. mars 2020 fra <https://naku.no/aktivitet/hvordan-ser-god-ut-en-veileder-helse-og-omsorgstjenestene-til-utviklingshemmede>
- Nordlund, I., Tronsen, A., Linde, S. (2015). *Innføring i vernepleie. Kunnskapsbasert praksis grunnleggende arbeidsmodell*. Universitetsforlaget.
- Nortvedt, MV., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, LV., Reinar, LM. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. (2.utg.). Akribe.

- NOU 2016:17. (2016). *På lik linje — Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming*. Regjeringen. Hentet 9.mars 2020 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-17/id2513222/>
- Nybø, E. (2017). Individuelt sosialt arbeid og tverrprofesjonelt samarbeid. I R. Hansen & M.B. Solem (Red), *Sosialt arbeid, en situert praksis (94-114)*. Gyldendal Akademisk.
- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. Hentet 11. januar 2021 fra [Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\) - Lovdata](#)
- Rose, N., Rose, J.& Kent, S. (2012). Staff training disability services: a review of the literature and implications for mental health services provided til individuals with intellectual disability. *International journal of developmental disabilities*, 58(1), 24-39. DOI 10,1179/2047387711Y.000000005
- Solem, M.J. (2017). Styrkebaserte perspektiver. I R. Hansen & M.B. Solem (Red), *Sosialt arbeid, en situert praksis (94-114)*. Gyldendal Akademisk
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thoresen, L., Rugseth, G., Bondevik, H. (2020). *Fenomenologi i helsefaglig forskning*. Universitetsforlaget.
- Utdanningsdirektoratet. (2017). *Læreplan i helsearbeiderfaget Vg3 / opplæring i bedrift (HEA3-02)*. Utdanningsdirektoratet. Hentet 21.06.2020 fra [https://www.udir.no/kl06/HEA3-02/Hele/Komplett\\_visning](https://www.udir.no/kl06/HEA3-02/Hele/Komplett_visning)
- Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Universitetsforlaget.



Wong, P. K. S. & Wong, D. F. K. (2008). Enhancing staff attitudes, knowledge and skills in supporting the selfdetermination of adults with intellectual disability in residential settings in Hong Kong: a pretest-posttest comparison group design. *Journal of Intellectual Disability Research*. 52(3), 230-243. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2007.01014.x

**Problemstilling:** *Hvilke erfaringer har helsefagarbeidere med bruk av ny kunnskap i praksis etter deltakelse i Mitt livs ABC?*

**Forskningsspørsmål:**

1: *Hvordan blir ny kunnskap fra Mitt livs ABC synlig i møte med tjenestemottakerne?*

2: *Hvordan bidrar Mitt livs ABC til kunnskapsdannelse?*

3: *Hva erfarer helsefagarbeidere bidrar til opprettholdelsen av ny kunnskap?*

**Pico skjema og søkestrategi:**

PICO SKJEMA			
Problemstilling: «Hvilke erfaringer har helsefagarbeidere med bruk av ny kunnskap i praksis etter deltakelse i «Mitt livs ABC?»»			
		Norske søkeord	Engelske søkeord og søkestrategi
P (Population)	Helsepersonell i «Mitt livs ABC»	Medarbeidere Ansatte Tjenesteytere Personal Helsepersonell Utviklingshemmede	Staff <b>OR</b> Employees <b>OR</b> Health personell <b>AND</b> Intellectual disability
			<b>AND</b>
I (Intervention)	Opplæringsmodellen «Mitt livs ABC»	Kompetanseopplæring Opplæringsmodeller Utvikling Kunnskapsutvikling Arbeidsplasslæring Personal utvikling  Organization learning	Competence/expertice focus <b>OR</b> Staff programs <b>OR</b> Staff training <b>OR</b> Competence models <b>OR</b> Workplace learning <b>OR</b> Education <b>OR</b> Staff development <b>OR</b> Organization learning
C (Comparison)	Ikke aktuelt da dette er en kvalitativ studie <b>AND</b>		
O (Outcome)	Deltakeres erfaringer om nytteverdi av ny kunnskap i	Erfaringer Kunnskap Økt kompetanse	Experiences <b>OR</b> Knowledge

	daglig praksis etter opplæring i ABC modellen	Evaluering	<b>OR</b> Increased competence <b>OR</b> Evaluation
			<b>AND</b>
S (Study)	Kvalitativ forskning	Kvalitativ forskning  Intervjuer	Qualitative research <b>OR</b> Interviews

**Databaser:** Cinahl, Pubmed, Cochrane Library, PsychInfo, Idunn, Swemed+ og frisøk til Google Scholar

Inklusjonskriterier:

- Studier som omhandler opplæringsmodeller og helsepersonell sine erfaringer i etterkant av opplæring i tjenester til personer med utviklingshemmede spesielt, samt innen eldreomsorg. Eldreomsorg ble her inkludert fordi ABC modellen i utgangspunktet er utviklet for eldreomsorgen.
- Studier spesifikt rettet mot utvikling av kunnskap og kompetanse i tjenester til personer med utviklingshemming.
- Review's og primærstudier.
- Kvalitative og kvantitative studier. Dette fordi jeg er av den formening at funn innen begge kategorier kan utfylle hverandre.
- Studier publisert mellom 2010 og 2020.
- Engelskspråklige studier fra skandinaviske land, USA og Storbritannia og andre sammenlignbare land med Norge.
- Studier med opplæring av helsepersonell i pleie og omsorgssektoren, herunder eldreomsorg og tjenester til voksne utviklingshemmede.

Eksklusjonskriterier:

- Studier publisert før 2010 i mitt innledende søk.
- Studier fra antatt ikke-sammenlignbare land med Norge.
- Andre faggrupper enn helsepersonell.
- Studier med opplæring av helsepersonell i tjenester til barn med utviklingshemming spesielt

Søk i aktuelle databaser fom mars. 2020 tom april 2020							
PICO	Søkeord	SweMed+ 23.april 2020	Cochrane 23. februar og 23. april 2020	PubMED 11.mars 2020	Cinahl. 23. april 2020	Idunn. 24. april 2020	PsychINFO 23. april 2020
<b>Populasjon</b>	1.Staff	1.0	228 reviews og 17110 trials	104.070	1: 0	1: 0	1: 0
	Employees	0	0	67.622	22.311	155	0
	Health personell	177	0	Ikke søkt	41.526	161	159.760
<b>Intervensjon</b>	Professional competence	4.680	75 Reviews og 12.140 trials	51.385	17.915	871	10.514
	Expertice focus	0		4.384	0	Ikke søkt	0
	Staff programs	88		7.698	3	245	74.264
	Organizational learning	60		49.129	363	55	3757
	Knowledgde management	90		58.691	2518	6	4207
	Organizational innovation	334		9.544	78	255	0
	Intellectual disability	10.567	33 Reviews og 1.438 trials	29.036	20.549	175	80.103
<b>Comparison: Ikke aktuelt i kvalitative studier</b>							
<b>Outcome</b>	Experience	2.882		377.647	157.577	2149	276.038
	Increased knowledge	105		112.040	17.822	689	1.612
	Competence	4.900		765.573	91.291	1.034	25.329
	Evaluation	Ikke søkt		Ikke søkt	Ikke søkt	1.610	109.126
<b>Study</b>	Qualitative research	1.512		115.856	126.761	1.592	14.834
	Interviews	1.261		Ikke søkt	16.8068	1.345	13.936

## EKSEMPEL PÅ KOMBINASJONSSØK I COCHRANE LIBRARY

Søk ble her snevret til 271 trials, hvorav to ble funnet aktuelle ved screening.

Search Search manager Medical terms (MeSH) PICO search<sup>BETA</sup>

Save search View saved searches Search help

Did you know you can now select fields from Search manager using the **S** button (next to the search box)?  
Search manager lets you add unlimited search lines, view results per line and access the MeSH browser using the new **MeSH** button.

-	Title Abstract Keyword	Staff OR Employees OR Health personell
-	AND	Title Abstract Keyword Professional competence OR Expertice focus OR Staff programs OR Organizational learning OR Knowledge managment OR Organizational innovation OR Intellectual disabili
-	AND	Title Abstract Keyword Experiences OR Increased knowledge OR Competence
-	AND	Title Abstract Keyword Qualitative research OR Quantitative research

with Publication Year from 2010 to 2020, with Cochrane Library publication date from Jan 2010 to Jan 2020, in Trials (Word variations have been searched)

+ Search limits Send to search manager Run search

✕ Clear all

Søkehistorikk PubMed Søk gjennomført 11. mars 2020			
P = Helsepersonell i «Mitt livs ABC»	#3 Staff #4 Employees #5 Health personell	104,070 267.622 3	((#3)OR(#4)OR(#5)OR(#6) = 333.428
I = Opplæringsmodellen i «Mitt livs ABC»	#7 Professional competence #8 Expertice focus* #10 Staff programs* #11 Organizational learning #12 Knowledge managment 13 Organizational innovation 14 Intellectual disability	51.385 4.384 7.698 49.129 58.691 9.544 29.036	(((((#7)OR(#8)OR(#10)OR(#11)OR(#12)OR(#13)OR(#14)= 195.364
C = Ikke aktuell da dette er en kvalitativ studie			
O = Erfaringer omkring nytteverdi og handlingskompetanse blant deltakere i «Mitt livs ABC»	#15 Experiences* #16 Increased knowledge #17 Competence*	377.647 112.040 765.573	((#15)OR(#16)OR(#17) = 1.192.123
S = Kvalitativ forskning	#18 Qualitative research #19 Interviews	115.856 128.530	(#18)OR(#19) = 193.636
PICO kombinert	#20 AND #21 AND #22 AND #23	6.680 182	Forklaring: Avgrenset til søk mellom 2010 og 2020 = Antall treff: 6.680  Ytterligere avgrenset med Clinical trial, Review og Systematisk reviews = antall treff: 182  <b>9 aktuelle artikler identifisert.</b>

**Matrise over inkluderte studier og bokkapittel:**

Temaer: Opplæringsmodeller, holdninger i tjenester til personer med utviklingshemming og bruk av klinisk kompetanse i praksis

**Koder:**

KP: Kvalitativ primærstudie

KVP: Kvantitativ primærstudie

R: Review/Oversiktsartikkel

BK: Bokkapittel

Kode	Kilde	Tittel	Fagfelt	Database
R	Rose, Rose & Kent (2012).	Staff training in intellectual disability services: a review of the literature and implications for mental health services provided to individuals with intellectual disability	Utviklingshemming	Cinahl
R	Laura Gormley <sup>1,2</sup> & Olive Healy <sup>1</sup> & Amanda Doherty <sup>1</sup> & Darragh O'Regan <sup>2</sup> & Ian Grey <sup>3</sup> (2020).	Staff Training in Intellectual and Developmental Disability Settings: a Scoping Review.	Utviklingshemming	Cinahl
KVP	L. Gormley, <sup>1,2</sup> O. Healy, <sup>1</sup> B. O'Sullivan, <sup>1</sup> D. O'Regan, <sup>2</sup> I. Grey <sup>3</sup> & M. Bracken <sup>1</sup> (2019).	The impact of behavioural skills training on the knowledge, skills and well-being of front line staff in the intellectual disability sector: a clustered randomised control trial.	Utviklingshemming	Cochrane library
KP	Gun-Britt Lejonqvist LNSc, RN (Principle Lecturer, Program Leader) <sup>1</sup> , Katie Eriksson PhD, RN (Professor and Director of Nursing) <sup>2,3</sup> and Riitta Meretoja PhD, RN (Development Manager) <sup>3</sup> (2012).	Evidence of clinical competence.	Sykepleie	Swemed+
R	Bjarnason, Tholen og Danemark (2015).	Attityder til personer med funksjonsnedsettning och interventioner for att påverka attityder. En	Personer med nedsatt funksjonsevne	Google scholar

		systematisk kunnskapoversikt.		
KVP	Finn, L.L. & Sturme, P. (2009).	The effect of peer-to-peer training of staff interactions with adults with dual diagnoses.	Utviklingshemming	Sekundær artikkel hentet fra review Rose, Rose & Kent (2012).
BK	Landesman-Dwyer, S. & Knowles, M. (1987).	Ecological analysis of staff training in residential settings.	Utviklingshemming	Sekundær - bokkapittel hentet fra review Rose, Rose & Kent (2012).
KVP	McKenzie, K., Paxton, D., Patrick, S., Matheson, E., Murray, G. C. (2000).	An evaluation of the impact of a one-day challenging behaviour course on the knowledge of health and social care staff working in learning disability services.	Utviklingshemming	Sekundær artikkel hentet fra review Rose, Rose & Kent (2012).
KVP	McKenzie, K., Sharp, K., Paxton, D. & Murray, G.C. (2002).	The impact of training and staff attributions on staff practice in learning disability services: a pilot study.	Utviklingshemming	Sekundær artikkel hentet fra review Rose, Rose & Kent (2012).
KVP	McKnight, T.J. and Kearny, C.A. (2001).	Staff training regarding choice availability for persons with mental retardation: a preliminary analysis.	Utviklingshemming	Sekundær artikkel hentet fra review Rose, Rose & Kent (2012).
KVP	Wong, P.K.S & Wong, D.F.K. (2008).	Enhancing staff attitudes, knowledge and skills in supporting the self-determination of adults with intellectual disability in residential settings in Hong Kong: a pretest-posttest comparison group design.	Utviklingshemming	Sekundær artikkel hentet fra review Rose, Rose & Kent (2012).



Mitt navn er Evelyn Skalstad og jeg er masterstudent i Psykisk helsearbeid ved OsloMet, storbyuniversitetet. For tiden er jeg i gang med den avsluttende masteroppgaven, hvor temaet er «Helsefagarbeidere sine erfaringer om kunnskapsdannelse og handlingskompetanse i etterkant av deltakelse i opplæringsmodellen «Mitt livs ABC».

Jeg henvender meg til deg med forespørsel om tillatelse til å rekruttere deltakere fra din arbeidsplass til denne studien. Studien vil bli gjennomført som en til en, dybde intervju med lydopptak.

Inklusjonskriterier er at deltakeren er autorisert helsefagarbeider, mellom 20 og 35 år med 80% stilling eller mer i en bolig eller et dagsenter for voksne personer med utviklingshemming hvor deltakeren har vært ansatt i maksimalt tre år. Deltakeren må ha gjennomført perm 1 i Mitt livs ABC og ha godkjent kursbevis. Deltakelsen er frivillig og basert på skriftlig samtykke. Det informerte samtykke innebærer at mulige deltakere får informasjon om studiens hensikt og om retten til å avbryte eller trekke seg fra studien uten å måtte begrunne dette nærmere. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner eller arbeidsteder vil kunne gjenkjennes i studien. Ved studieslutt, senest desember 2021, vil alle lydopptak og data bli slettet. Om studiet skulle bli forlenget ved behov for lengre tid til å ferdigstille oppgaven, vil alle deltakere bli informert om dette. Det er bare min veileder Aud R. Misund ved OsloMet og jeg, som har tilgang til opplysninger som fremkommer i studien. Vi er underlagt taushetsplikt.

Intervjuet beregnes å vare ca 1 -1,5 time og vil foregå på et tidspunkt eller sted som passer for deltakeren. Om deltakeren ønsker at intervjuet skal gjennomføres innenfor arbeidstiden, ber jeg om muligheten for at dette kan vurderes. Jeg vil informere om at jeg er svært fleksibel ifht tid og sted.

Utvalget er planlagt til maksimalt fem deltakere. Fortrinnsvis vil ledere i tjenester til personer med utviklingshemming innen Akershus,Oslo og Vestfold området bli forespurt, men Buskerud området vil være aktuelt om det viser seg vanskelig å rekruttere fra andre områder inne Viken fylke. Det vil være behov for minimum 1 – maksimum 2 personer fra en enhet/arbeidssted. Dersom det gis tillatelse til å rekruttere deltakere fra dere, vil jeg be deg om å gjøre dette kjent for aktuelle medarbeidere som fyller inklusjonskriteriene i din enhet. Om noen skulle ønske å delta kan du spørre de om tillatelse til at du formidler deres kontaktinfo til meg, slik at jeg kan ta kontakt for videre avtaler. Om noen ønsker å delta fra din enhet, kan det av personvern hensyn være hensiktsmessig om deltakere kan levere signerte samtykkeskjema til deg for så å sende disse scannet til meg via epost.

Hvis du har spørsmål eller det er ønskelig med mer informasjon om studien, kan jeg kontaktes på mobil: 94821941, eller på epost: [s867403@oslomet.no](mailto:s867403@oslomet.no). Min veileder er førsteamanuensis Aud R. Misund ved OsloMet og kan kontaktes på epost: [audmis@oslomet.no](mailto:audmis@oslomet.no)

På forhånd takk for hjelpen. Med vennlig hilsen

Evelyn Skalstad

Vernepleier/mastergradsstudent

## **«Fra kunnskapsdannelse til handlingskompetanse i tjenester til personer med utviklingshemming»**

- En kvalitativ studie om helsefagarbeideres erfaringer i etterkant av deltakelse i opplæringsmodellen «Mitt livs ABC»

### *Bakgrunn og hensikt*

Jeg er masterstudent i Psykisk helsearbeid ved OsloMet, storbyuniversitetet. Jeg er for tiden i gang med den avsluttende masteroppgaven, hvor temaet er «Helsefagarbeidere sine erfaringer om kunnskapsdannelse og handlingskompetanse i etterkant av deltakelse i opplæringsmodellen «Mitt livs ABC».

Dette er en henvendelse til deg om å delta i et intervju som vil danne grunnlaget for min masteroppgave.

Jeg er utdannet vernepleier med videreutdanning i målrettet miljøarbeid, psykisk helsearbeid, kunnskapsbasert praksis og prosjektledelse.

Jeg har tidligere jobbet som miljøterapeut i bolig for utviklingshemmede samt jobbet i spesialisthelsetjenesten for mennesker med autismespekterforstyrrelse (ASD), utviklingshemming med psykiske lidelser, før jeg begynte som rådgiver i Drammen kommune for syv år siden. For tiden jobber jeg altså ved et Kompetansesenter i Drammen kommune hvor jeg blant annet samarbeider tett med tjenester til mennesker med nedsatt funksjonsevne om forskjellige kompetanseprosjekt samt bidrar til Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, Viken, region Buskerud. (Heretter forkortet til USHT) som kontaktperson for Mitt livs ABC. Mine oppgaver innebærer i denne sammenheng å arrangere seminar for deltakerne samt gi nødvendig informasjon til de lokale ABC kontaktene og deltakere.

Fortrinnsvis vil ledere i tjenester til personer med utviklingshemming innen USHT områder i Akershus og Oslo området samt innenfor Vestfold/Telemark bli forespurt. Buskerud området vil imidlertid være aktuelt om det viser seg vanskelig å rekruttere fra andre USHT områder.

I mitt arbeid som ABC kontakt for USHT, har jeg møtt mange deltakere som er svært fornøyd med Mitt livs ABC, og opplever at opplæringsperioden med deltakelse på seminar og månedlige gruppeaktiviteter har vært både lærerikt og nyttig. Jeg er imidlertid veldig nysgjerrig på det som kommer etter opplæringen - hvordan ny kunnskap faktisk blir brukt i praksis og hvordan dette kan arte seg i møte med brukerne? Jeg har valgt å ha fokus på Helsefagarbeidere, da dere representerer den største gruppen av ansatte med fagbrev i tjenester til personer med utviklingshemming. Jeg håper du finner det både interessant og viktig å kunne bidra til økt kunnskap om dette temaet.

## **Hva innebærer studien?**

For å få innsikt i helsefagarbeidere sine erfaringer vil jeg intervju 3-5 helsefagarbeidere. Jeg ønsker at du forteller meg om dine erfaringer fra ditt praktiske arbeid med personer med utviklingshemming i etterkant av opplæringsmodellen «Mitt livs ABC». Jeg vil la deg føre samtalen, men likevel vil jeg passe på at vi får snakket om de tema som er nevnt i intervjuguiden.

### *Kriterier for deltagelse*

Å være deltager i denne studien krever at du er autorisert helsefagarbeider, du er mellom 20 og 35 år og du har 80% stilling eller mer i en bolig eller et dagsenter for voksne personer med utviklingshemming hvor du har vært ansatt i maksimalt tre år. Du må ha gjennomført perm 1 i Mitt livs ABC og ha godkjent kursbevis. Du må ha lyst til å dele dine erfaringer som helsepersonell med meg, og være villig til å delta i et intervju. Du må beherske norsk muntlig og kunne lese norsk skriftlig.

Fokuset i intervjuet vil være på deg og dine erfaringer med bruk av ny kunnskap i praksis i tjenester til personer med utviklingshemming.

## **Taushetsplikt**

Helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Du vil kunne fortelle om situasjoner du har stått i som kan være av sensitiv karakter når det gjelder personvern, og jeg ber deg derfor om å anonymisere når du forteller om personer, kjønn, alder, eventuelle diagnostiske forhold, steder du jobber og andre geografiske forhold, for best mulig å ivareta regelverket om personvern.

### *Studiens tidsaspekt*

Rekruttering av helsefagarbeidere som vil delta i studien vil foregå frem til oktober 2020. Etterhvert som deltagerne rekrutteres vil det avtales tid og sted for intervju. Datamateriale fra intervjuet vil bli bearbeidet rett etter gjennomført intervju, og denne prosessen vil fortsette til desember 2020. Masteroppgaven vil etter planen bli skrevet og levert innen 20.mai. 2021. Publisering vil først skje når mastergraden er godkjent. Om det oppstår uforutsette hindringer som forsinker masteroppgaven, vil deltagerne i studiet varsles om dette. Prosjektsslutt vil da senest være desember 2021.

## **Dine rettigheter**

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

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

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

Datamateriale du gir meg vil bli behandlet konfidensielt og brukes som beskrevet i hensikten med studien. Lydfiler og datamateriale oppbevares i låsbart skap.

I det bearbejdede intervjuet, vil alle opplysninger som kan identifisere deg bli fjernet. Opplysningene vil bli behandlet uten navn, fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger.

I oppgaven og en eventuell publikasjon vil teksten utformes slik at det ikke skal være mulig for andre å identifisere deg. Alle personopplysninger og opptak bli slettet og destruert ved prosjektslutt, senest desember 2021. Om det oppstår uforutsette hindringer som forsinker masteroppgaven, vil deltagerne i studiet varsles om dette.

## **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 du finne ut mer?**

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

Aud R. Misund

Tlf: 67236149

Mail: [audmis@oslomet.no](mailto:audmis@oslomet.no)

Personvernombud ved OsloMet: Ingrid S. Jacobsen. [personvernombud@oslomet.no](mailto:personvernombud@oslomet.no)

Tlf: 67235534

Adr: OsloMet – storbyuniversitetet. Postboks 4, St. Olavs plass 0130 Oslo

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

### *Mulige fordeler og ulemper*

Mulige fordeler ved deltakelse kan være at ved å snakke om arbeidshverdagen kan ting bli tydeligere for deg. Noen opplever dette som positivt, hvor tanker kan klarne og kanskje ser du ditt arbeid og praksis i et litt annet lys. Når det gjelder mulige ulemper, kan intervjuene for andre medføre at utfordringer på arbeidsplassen kan tre tydeligere frem.

Uansett dine opplevelser så vil jeg i etterkant av intervjuet være tilgjengelig for en samtale.

## **Hvor skal intervjuet gjøres og hvordan?**

Du bestemmer hvor intervjuet skal gjennomføres, alt ettersom passer deg best. Jeg er fleksibel på ukedag, helg og tidspunkt. Det er viktig at vi får være uforstyrret og at du er komfortabel.

Jeg vil ta opp intervjuet på bånd som vil ligge på bordet under hele intervjuet. Det kan også hende at jeg noterer litt underveis i intervjuet.

Lydfilene vil slettes i det informasjonen er overført til skriftlig form.

Intervjuet forventes å være av 1-1,5 timers varighet.

### *Ditt ansvar i studien*

Vi har begge et gjensidig ansvar for å møte opp til avtalt tid og sted, eller melde ifra om noe kommer i veien. Dersom du underveis finner ut at du ikke vil fortsette å delta må du melde fra om dette.

Jeg søker din kunnskap om dine erfaringer som helsefagarbeider. Skal jeg få denne innsikten må du være villig til å dele dine egne erfaringer med meg.

### *Dekking av reiseutgifter*

Foretrekker du at intervjuet gjøres et annet sted enn din arbeidsplass eller hjem, dekkes selvfølgelig dine reisekostnader til kollektivtransport.

### *Frivillig deltagelse*

Jeg vil minne om at jeg er underlagt taushetsplikt og all informasjon er konfidensiell. Det er frivillig å delta i undersøkelsen og du kan når som helst trekke deg fra undersøkelsen, uten å måtte oppgi noe grunn for hvorfor. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### *Rett til sletting av opplysninger om deg*

Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlet datamateriale, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

## **Skriftlig samtykke**

Jeg trenger skriftlig samtykke fra deg om du vil være med i undersøkelsen, og har lagt ved en samtykkeerklæring nedenfor. Denne kan du enten levere til din leder som har forespurt deg, eller sende til meg per post i frankert svarkonvolutt som jeg formidler via din leder.

Jeg håper med dette du ønsker å delta i undersøkelsen.

**Studien gjennomføres som en masteravhandling i psykisk helsearbeid og vil ikke motta noen form for økonomisk støtte.**

Ta gjerne kontakt med meg på e-post eller telefon dersom det er noe du lurer på:

Med vennlig  
hilsen

Evelyn  
Skalstad

Tlf: 94821941

Studentmail: [s867403@oslomet.no](mailto:s867403@oslomet.no)

---

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Fra kunnskapsdannelse til handlingskompetanse», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Tidsramme: Ca 1 - 1,5 time.

Sted: et stille sted informanten selv har mulighet til å velge.

Jeg presenterer meg selv og min rolle som student ved et Masterstudie i psykisk helsearbeid.

**Jeg legger frem hensikt og mål med min studie, og beskriver problemstillingen.**

**Hensikt: å undersøke nærmere hvordan Helsefagarbeidere bruker sin kunnskap i praksis.**

**Mål: Øke innsikt og forståelse i hvordan kunnskap blir til kompetanse hos Helsefagarbeidere, og hva som påvirker opprettholdelse av kunnskap – som igjen vil ha direkte innvirkning på kvalitet på tjenester og til sist, brukernes livskvalitet.**

Vi går kort igjennom etiske forhold og samtykkeerklæring og at de har mulighet til å ta kontakt med meg i etterkant.

Apparatur: digital diktafon lånt av OsloMet.

Jeg vil som hovedregel la informantene få snakke fritt omkring hovedtemaene, og vil ikke spørre noen underspørsmål med mindre jeg vurderer situasjonen slik at det kan være en hjelp for de å komme videre samt en mulighet for studien å få et rikere datamateriale. Jeg må være bevisst at des mer styrende intervju stil blir, des lavere kan den interne validiteten fremstå.

Intervjuguide.

Innledende tema og spørsmål:

**Bakgrunn og erfaring:**

Kan du fortelle om din bakgrunn og erfaring med målgruppen?

- Hva slags bakgrunn og erfaring har du?
- Hvor lenge har du jobbet med målgruppen?
- Når ble du ferdig utdannet helsefagarbeider?
- Under din utdanningsperiode som helsefagarbeider, var det lagt inn noe teori om diagnosen utviklingshemming på skolen?
- Hadde du praksis i tjenester til personer med utviklingshemming i læretiden?
- Hvis ja, hvordan var din erfaring fra praksisperioden? Kan du gi eksempler?
- Hva har motivert deg til å begynne å jobbe i tjenestene til personer med utviklingshemming?

### **Særpreget ved enheten/boligen**

- Hvor mange personer bor/er tilknyttet boligen/enheten?
- Har dere stedlig leder?

### **Bemannings situasjonen**

- Hvordan er fagdekningen i enheten/boligen?

### **Hverdagsglimt:**

Nå vil jeg gjerne prøve å sette meg inn i hvordan du har det i jobbhverdagen din.

- Kan du beskrive en dag på jobben fra du kommer til du går?
- Hva er viktig for deg på jobb?
- Hva får deg til å føle at du har gjort en god jobb etter endt arbeidsdag?
- Kan du fortelle meg litt om din rolle på arbeidsplassen?
- Hva anser du som dine sentrale arbeidsoppgaver?
- Kan du fortelle meg litt om hva som motiverer deg på jobb?

### **Mitt livs ABC:**

Kan du fortelle meg hvordan du har opplevd opplæringstiden med «Mitt livs ABC?»

- Hvordan opplevde du seminarene?
- Hvilke tema står frem som mest relevante i seminarene?
- Kan du fortelle litt fra møtene i refleksjonsgruppen?
- Hva kjennetegnet det beste møtet fra start til slutt?
- Hva kjenner du har vært mest nyttig for deg i opplæringsperioden?



## **Kunnskap og kompetanse:**

- Hvordan vil du beskrive ordet kunnskap med egne ord?
- Kan du huske en episode hvor du opplevde å ikke ha nok kunnskap til å møte brukeren på en god måte? Hvordan løste du situasjonen?  
Gav dette deg noen viktige erfaringer til hva du kan gjøre i en lignende situasjon?
- Hva legger du i begrepet kompetanse?

## **Hovedtema 1**

### **«Hva bidrar til at ny kunnskap blir til kompetanse i din arbeidshverdag?»**

Hva er viktig for deg for at du skal kunne bruke ny kunnskap i møte med brukerne?

- Opplever du ofte at du får muligheten til å benytte din kunnskap i praksis, slik at du kan tilegne deg økt kompetanse?
- Opplever du et støttende arbeidsmiljø? Kan du gi et eksempel?
- Opplever du en støttende ledelse? Har du eksempler?
- Blir dere oppfordret av ledere til å dele kunnskap? Kan du gi eksempler?
- Kan du fortelle om et konkret eksempel hvor ny kunnskap ble brukt i møte med brukerne?
- Opplever du at du står tryggere i møte med brukerne etter ABC opplæringen? Hvorfor det?

## **Hovedtema 2**

### **«På hvilke måter tar helsefagarbeidere ny kunnskap i bruk i møte med tjenestemottakerne?»**

- Kan du beskrive noen opplevelser eller hendelser hvor du har fått brukt kunnskap fra «Mitt livs ABC»?
- Hva er viktig for deg i møte med brukerne?
- Kan du fortelle om et spesielt møte med en bruker hvor du følte at du bidro til at brukeren fikk en god dag? Kan du huske og beskrive følelsen du hadde da?
- Er du noe du gjør annerledes i jobben din etter ABC opplæringen?

### Hovedtema 3

#### **Hva tror du bidrar til at du og dine medarbeidere opprettholder din/deres kunnskap og kompetanse i praksis over tid?**

Underspørsmål/stikkord

- Kan du fortelle meg litt om hvilke plass du opplever utvikling av kunnskap og kompetanse på din arbeidsplass? Kan du utdype?
- Opplever du at din kunnskap blir oppfattet som nyttig av din leder? På hvilken måte? Kan du gi eksempler?
- Har du noen gang opplevd at medarbeidere som ikke har vært gjennom ABC opplæringen, har vært nysgjerrige på hva du har lært gjennom «Mitt livs ABC?» Kan du si litt mer om det?
- Hvordan opplever du dine kollegers vilje og motivasjon til å tilegne seg ny kunnskap?
- Har du noen tanker om hvordan du og dine medarbeidere kan vedlikeholde og utvikle kunnskapsnivået deres over tid?
- Hva tror du bidrar til slik lyst og motivasjon til å lære?

Er det noe du har lyst til å tilføye før vi avslutter?

Tusen takk.

## NSD Personvern

30.06.2020 14:03

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 721342 er nå vurdert av NSD. Følgende vurdering er gitt: Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 30.06.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

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

[nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html) Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET** Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2021.

**LOVLIG GRUNNLAG** Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

**TAUSHETSPLIKT** Helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, sted, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene.

**PERSONVERNPRINSIPPER** NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet **DE REGISTRERTES RETTIGHETER** Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19),

dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

**FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER** NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

**OPPFØLGING AV PROSJEKTET** NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Tore Andre Kjetland Fjeldsbø.