

KS



Debattefte

Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren

Historier til diskusjon

Til debatt

Brukermedvirkning dreier seg om å vise respekt for brukernes selvbestemmelse og integritet. Brukermedvirkning kan praktiseres på flere måter. Her presenteres begrepet brukermedvirkning og en rekke historier med tilhørende spørsmål som vi håper vil skape diskusjon, refleksjon og forhåpentligvis få frem nye ideer om hvordan brukermedvirkning kan gjennomføres.

Dette heftet er resultatet av et FoU-prosjekt om brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenestene, levert av forskere ved Telemarksforskning og Universitetet i Oslo på oppdrag av KS.

For deg som vil gå mer i dybden, er det også laget en rapport om brukermedvirkning. Rapporten gjennomgår relevant litteratur, erfaringer fra Sverige og Danmark, og gir status og eksempler på brukermedvirkning i norske kommuner. Vi håper at rapporten og dette heftet til sammen vil utgjøre et godt grunnlag for arbeidet med å styrke brukermedvirkning og bedre kvaliteten i helse og omsorgstjenestene i norske kommuner.

Oslo 2011

Gudrun H. Grindaker
Direktør i KS

Innhold

1. Innledning	5
2. Hva er brukermedvirkning?	6
3. Etikk og brukermedvirkning	10
4. En modell om og for brukermedvirkning	12
5. Historier om brukermedvirkning	16
5.1 Introduksjon	17
5.2 Brukers rett til å bestemme	18
5.2.1 Frihet til å spise?	18
5.2.2 Frihet til et selvstendig liv?.....	20
5.2.3 Hvordan beskytte «vandrerne» mot seg selv?.....	22
5.2.4 Tvang for å beskytte mot skader.....	24
5.2.5 Brukernes ønsker og verdighet	26
5.2.6 Brukernes adferd og hensynet til fellesskapet	28
5.2.7 Når brukernes krav skaper merarbeid.....	30
5.2.8 Når brukerne ikke vil bestemme.....	32
5.3 Brukermedvirkning som metode	34
5.3.1 Brukeren eller pleierens kompetanse	34
5.3.2 Hjelp eller selvhjelp?	36
5.3.3 Overtalelsens makt	38
5.3.4 Selvbestemmelse, overtalelse eller tvang?	40
5.3.5 Den erfarne med mange metoder.....	42
5.3.6 Medvirkning mot sin hensikt?.....	44
5.3.7 Kan brukermedvirkning skape endringer?	46

5.4 Institusjonelle virkemidler	48
5.4.1 Brukerundersøkelser	48
5.4.2 Avmakt i brukerrådet	50
5.4.3 Brukerrådets rolle som aktiv pådriver	52
5.4.4 Hvor mye skal brukerrådet bestemme?	54
5.5 Fritt brukervalg og BPA	56
5.5.1 Reelle valgmuligheter?	56
5.5.2 Brukermedvirkning eller fritt brukervalg?	58
5.5.3 Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)	60
6. Avslutning	62

1. Innledning

Formålet med dette heftet er å skape diskusjon og refleksjon omkring brukermedvirkning og hvordan brukermedvirkning kan realiseres innenfor den kommunale helse- og omsorgssektoren. Metodisk tar heftet utgangspunkt i en del aktuelle historier fra helse- og omsorgssektoren som berører spørsmålet om brukermedvirkning. I tilknytning til disse historiene stiller vi spørsmål som har til hensikt å skape diskusjon og refleksjon om hvordan brukermedvirkning kan realiseres i praksis.

For å skape diskusjon og refleksjon rundt historiene, har vi i kapittel 2 redegjort for ulike betydninger av begrepet brukermedvirkning. Videre har vi i kapittel 3 knyttet brukermedvirkning til etikkbegrepet. Bakgrunnen for dette er at etiske problemstillinger ofte dukker opp i forbindelse med brukernes medvirkning. De to kapitlene kan dermed betraktes som et teoretisk utgangspunkt for brukermedvirkning. Formålet er å tilføre leserne noen begreper som kan brukes i arbeidet med historiene.

I kapittel 4 har vi presentert en modell om og for brukermedvirkning. Her forsøker vi å bygge bro mellom den praktiske hverdagen på den ene siden, og de teoretiske og politiske idealene på den andre. Formålet med modellen er at den skal være til hjelp

for å forstå hvilke faktorer som har betydning for å realisere brukermedvirkning, forklare suksess eller manglende suksess, og i tillegg bidra til å skape velbegrunnede forbedringer.

Historiene om brukermedvirkning er presentert i kapittel 5. De handler om ulike tjenester og berører både dilemmaene som oppstår når brukerne skal medvirke, hvordan brukermedvirkning inngår i mer komplekse systemer, og hvordan brukermedvirkning kan fungere på sitt beste – og hvorfor. Vi kan kalle dette den praktiske innfallsvinkelen til brukermedvirkning. Den har som formål å knytte brukermedvirkning til den praktiske hverdagen, for derigjennom å stimulere til refleksjon og diskusjon rundt de muligheter og utfordringer brukermedvirkning har på den enkelte arbeidsplass.

Leseveiledning:

Vi anbefaler kommunen å benytte debatheftet i samlinger og seminarer med ansatte og ledere. Noen av historiene kan med fordel også drøftes i ledergruppene og gjerne med politikerne. Gjennom drøfting av konkrete eksempler, tror vi kommunens forståelse for – og praksis innen – brukermedvirkning kan bli tydeligere og gi grunnlag for forbedringer.

2. Hva er brukermedvirkning?

Vi har valgt å starte dette kapitlet med definisjonen av brukermedvirkning, slik den fremstår på Helse- og omsorgsdepartementets hjemmeside.

Brukermedvirkning innebærer at tjenesten benytter brukerens erfaringer med helsetjenesten for å kunne yte best mulig hjelp. Et viktig mål er at brukermedvirkning skal bidra til kvalitet på tjenestene og at brukeren har økt innflytelse på egen livskvalitet. Brukermedvirkning betyr ikke at behandleren fratras sitt faglige ansvar.

Vi har tatt utgangspunkt i denne definisjonen fordi den og liknede definisjoner ofte går igjen i offentlige dokumenter. Det betyr ikke at denne definisjonen nødvendigvis fanger opp alle aspekter ved begrepet. Den sier imidlertid noe om hva slags forståelse av brukermedvirkning som ligger bak de politiske føringene og deler av den praksisen vi kan observere i helse- og omsorgssektoren.

Som en innledning til resten av heftet starter vi med noen sentrale spørsmål knyttet til denne definisjonen. Brukermedvirkning handler om at brukeren skal få økt innflytelse. Men hvordan skal brukeren få til det? Hvem skal hun eller han påvirke, og hvordan? Hvem tar avgjørelser om hvorvidt hans

eller hennes ønsker skal tas hensyn til, og på hvilket grunnlag? Er det mulig å gi brukerne innflytelse uten å undergrave tjenesteutøverens faglige ansvar? Kan brukermedvirkning ha effekter vi ikke ønsker? Kan det tenkes at dette bidrar til å øke forventningene og etterspørselen etter tjenester, og føre til større press på organisasjonen? Fjernes fokuset på faglig kvalitet hvis oppmerksomheten blir vridd mot brukerens subjektive ønsker?

I definisjonen av brukermedvirkning ligger det forventninger om at brukernes innflytelse skal bidra til å bedre kvaliteten på tjenestene. I følge Helse- og sosialdirektoratet dreier kvalitet seg om at tjenestene har følgende egenskaper: ¹

- At de er virkningsfulle
- At de er trygge og sikre
- At de involverer brukere og gir dem innflytelse
- At de er samordnet og preget av kontinuitet
- At ressursene utnyttes på en god måte
- At de er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Videre heter det at kvalitet handler om å tilfredsstillende beskrive krav, forventninger og behov. Slike krav kan komme fra staten i form av lover og forskrifter, fra kommunene selv, eller fra brukere og pårørende. Definisjonen fanger opp mange kvalitetsaspekter ved tjenestene, og peker samtidig på at både staten, kommunen, brukere og pårørende kan stille kvalitetskrav. Spørsmålet om hva kvalitet er, kan derfor variere, avhengig av ståsted. Ikke minst vil ulike aktører kunne vektlegge ulike sider ved kvaliteten. At brukeren gis innflytelse over

eget kosthold vil for eksempel ikke nødvendigvis være sammenfallende med den faglige vurderingen av hva forsvarlig ernæring innebærer. At ressursene utnyttes på en god måte trenger heller ikke være sammenfallende med vurderingen av hvor viktig det er å bruke tid på å snakke med brukeren om en fornuftig livsstil.

For å kunne identifisere en farbar vei gjennom disse dilemmaene, vil vi først se nærmere på ulike måter å forstå brukermedvirkning på. Formålet med dette er å vise noe av mangfoldet i hva brukermedvirkning kan være, og samtidig antyde at ulike former for brukermedvirkning kan være mer eller mindre hensiktsmessig for ulike grupper, situasjoner eller formål. En oppfordring til leseren er derfor å reflektere rundt spørsmålet om hva slags brukermedvirkning som vil være hensiktsmessig i de ulike historiene som er presentert i dette heftet.

Brukermedvirkning på ulike nivåer

Vi kan skille mellom brukermedvirkning på systemnivå og individnivå.

På systemnivå dreier det seg om at brukerne er representert i organer eller beslutningssystemer som angår kommunen som helhet, pleie- og omsorgssektoren og/eller den enkelte avdeling. Det betyr at brukeren er med på å ta beslutninger om hvordan regler, rutiner og systemer skal fungere. Dette kan også betraktes som et tilleggselement i den demokratiske styringskjeden. Som innbygger kan man påvirke ved å stemme ved valg, og som bruker kan man delta mer direkte i utformingen av tjenestene.

På individnivå dreier brukermedvirkning seg om den enkelte brukers tjenester, og angår forholdet mellom bruker på den ene siden, og tjenesteyter/hjelper på den andre. Medvirkning på individnivå dreier seg derfor om å kunne påvirke utformingen av tjenestene man selv mottar.

Brukermedvirkning som et maktforhold

Både på individ og systemnivå kan brukermedvirkning forstås som et maktforhold mellom brukernes interesser og tjenesteyternes eller systemets (kommunen/velferdsstaten) interesser. For eksempel kan det dreie seg om hvilke interesser som skal ivaretas eller bli hørt ved innkjøp av hjelpemidler. Her vil noen hevde at makten må ligge hos myndighetene fordi de har behov for kontroll. Andre vil hevde at makten må fordeles likt, slik at den ene part ikke får dominere over den andre. Dette må ses i sammenheng med at helse- og omsorgstjenestene – eller den enkelte hjelper – som regel vil stå i en monopolsituasjon, noe som gjør brukerne ekstra sårbare. Mens atter andre vil mene at makten må ligge hos brukerne, enten fordi det er en grunnleggende rett i seg selv, eller fordi brukermakt er en forutsetning for at systemet skal utvikles og tilpasses kundenes etterspørsel.

Maktbalansen kan illustreres ved hjelp av to ulike begreper for brukermedvirkning: brukerretting og brukerstyring.

Med *brukerretting* menes at vi, som representanter for tjenesteutøverne, forsøker å sette oss inn i brukernes ståsted og utformer tilbudet i tråd med

dette. Det er altså representantene for tjenestene som bestemmer, men da i tråd med brukernes interesser. Et godt eksempel på dette er det tradisjonelle omsorgsperspektivet som ligger innbakt i helsefaget. Her er tjenesteyteren – i kraft av sin kompetanse – i en privilegert posisjon til å analysere brukerens tilstand og konsekvensene av den.

Med *brukerstyring* menes derimot at brukeren selv skal sitte med beslutningsmyndigheten. Det er brukeren som bestemmer, og brukerens interesser som gjelder. Som system kan man trekke paralleller til markedet, hvor brukerne kan gjøre uavhengige og selvstendige valg. Dermed fungerer brukerne som den avgjørende, korrigerende instansen i relasjon til tjenesteproduksjonen. Gode eksempler her, er ordninger med fritt brukervalg og brukerstyrt personlig assistanse: Brukeren er den som bestemmer, gjennom valg av tjenesteleverandør eller personlig assistent.

Medvirke med kunnskap og kompetanse

Brukermedvirkning kan, i motsetning til i eksemplene over, også forstås som et samarbeid der samarbeidet i seg selv skaper synergi. Dette er for eksempel aktuelt når legen skal stille diagnose og ta beslutninger om behandlingsopplegg. I slike tilfeller vil legen være avhengig av å kombinere sin egen kunnskap med informasjon fra brukeren/pasienten. Uten brukerens egne erfaringer og kunnskap om sin egen tilstand, vil det være vanskeligere for legen å stille riktig diagnose og komme frem til et egnet behandlingsopplegg. Et annet eksempel er ergoterapeuten som er avhengig av

brukerens kunnskap om eget funksjonsnivå, for å kunne legge forholdene til rette i leiligheten hennes.

Brukermedvirkning som myndiggjøring

En annen forståelse av brukermedvirkning er myndiggjøring. Her legger vi til grunn at ikke alle er fullt ut i stand til å være aktive brukere eller kunder. Premissene her er at brukerne er avmechtige, og må bevisstgjøres dersom de skal kunne representere en motmakt. Myndiggjøring dreier seg derfor om å styrke brukerne gjennom bevisstgjøring om sin rolle, kunnskapsoppbygging og motivering. Bare gjennom en slik prosess kan vi forvente å få aktive brukere som er i stand til å klage, gi uttrykk for sine behov, være representanter i råd og utvalg osv. Myndiggjøring blir således en prosess hvor man hjelper brukeren fra å være en passiv mottaker til å bli en aktiv aktør. Prosessen er virkemidlet og målet er myndiggjøring.

Brukermedvirkning som ansvarliggjøring

En liknende form for brukermedvirkning kan vi kalle ansvarliggjøring. Brukermedvirkning dreier seg her om at brukene selv har plikt til å ta et visst ansvar for eget liv. Målet er å styrke brukeren. Mens man innenfor myndighetstradisjonen styrker brukeren ved å tilføre kunnskap og kompetanse, legges det her større vekt på å stille krav til brukeren. Dette dreier seg derfor ikke først og fremst



om å endre maktfordelingen mellom tjenesteleverandør og bruker, men heller å fordele ansvar omkring den enkeltes helse og velvære. Satt på spissen kan vi si at hjelp forutsetter selvhjelp og at brukerne selv må ta aktivt del i omsorgsarbeidet. For å oppnå dette kan det være nødvendig med realitetsorientering, veiledning og støtte. Målet er en aktiv bruker som tar ansvar for egen helse og eget velvære.

¹ Kilde: Sosial- og helsedirektoratet (2004) «Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene»; Sosial- og helsedirektoratet (2005) «Og bedre skal det bli ... Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten».

3. Etikk og brukermedvirkning

Ansatte i helse- og omsorgssektoren forholder seg daglig til komplekse problemstillinger; det å jobbe med mennesker i en sårbar situasjon forutsetter etisk kompetanse i tillegg til deres faglige kompetanse. Etisk kompetanse har med faglig kvalitet å gjøre og dreier seg om evnen til å lytte aktivt, til å oppdage hvordan andre blir berørt, til å se hvilke verdier som kommer i klemme, hvilke moralske og juridiske plikter som settes på spill, hvilke alternative handlingsmuligheter som finnes. Etisk kompetanse er den praktiske evnen til å oppdage og se hvordan organisatoriske beslutninger, egne handlingsvalg og egen væremåte får følger for andre, og hvordan tjenesten og en selv som fagperson fremstår i lys av det man gjør.²

Etisk kompetanse forutsetter at man som ansatt i helse- og omsorgssektoren setter sine faglige vurderinger inn i en større sammenheng der også etiske vurderinger inngår. Etiske vurderinger handler særlig om hvordan vi vil at tjenestene skal være – hva som er gode og rettfærdige tjenester – og evnen til å se hvordan brukere blir berørt av våre handlinger. Det er viktig å være bevisst at man i mange tilfeller forvalter grunnleggende verdier som autonomi, selvstendighet, verdighet og rettferdighet overfor brukerne. Etisk bevissthet og

evnen til å håndtere etiske utfordringer er faglige ferdigheter som bidrar til å styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene.

Brukermedvirkning er for mange et uklart begrep, og det å skulle praktisere brukermedvirkning er et område der den etiske kompetansen vil være helt nødvendig. Brukermedvirkning bygger på grunnleggende etiske prinsipper som enkeltindividets autonomi og frihet. Samtidig reiser det også en del grunnleggende etiske utfordringer som for eksempel:

- Hva når pasientens behov og interesser støter mot fagetiske standarder?
- Hvordan tenke brukermedvirkning hos pasienter med kognitiv svikt / nedsatt samtykkekompetanse?
- Hva hvis brukerens interesser ikke samsvarer med det offentlige interesse, og hva hvis vi møter stadig større forventninger til tjenestetilbudet; forventninger som ikke samsvarer med de faktiske ressursene?

Disse, og andre etiske spørsmål, som reises i kjølvannet av formålet om økt brukermedvirkning, krever at vi er i stand til å gjøre etiske refleksjoner

for å komme frem til gode vurderinger basert på faglig og etisk skjønn.

Historiene i dette heftet er valgt ut med tanke på å få med mange ulike perspektiver når vi skal forstå og praktisere brukermedvirkning. De følgende spørsmålene kan tjene som veileder til diskusjonene med utgangspunkt i historiene.

- 1) Helse- og omsorgsarbeidere har gjennom sin utdanning mye kunnskap om etikk. Utfordringen er å finne ut hvordan denne kompetansen kan anvendes i daglig praksis. Hvordan skal pasientens/brukerens perspektiver og ønsker taes med i utformingen av tjenester?
- 2) Fra individ til organisasjon: Hvordan fungerer helse- og omsorgsarbeidernes understøttende omgivelser? Hvordan kan disse omgivelsene – som alle er en del av – påvirkes; slik at brukernes perspektiver i større grad former og korrigerer tjenestene? Med understøttende omgivelser tenker vi her på organisering, ledelse, bruk av kompetanse, arenaer for faglige samtaler, samarbeid, politiske og økonomiske retningslinjer og rammer.
- 3) Hvordan omsetter vi de gode intensjonene og kunnskapene til daglig, praktisk forpliktende forbedringsarbeid (på alle nivåer i organisasjonen), der brukerens meninger, ønsker og behov – sammen med faglig kunnskap – danner grunnlaget for et kontinuerlig kvalitetsarbeid?



² Eide, T. og Aadland, E. (2008): Etikkhåndboka for kommunenes helse- og omsorgstjenester. Kommuneforlaget, Oslo.



4. En modell om og for brukermedvirkning

Som vi har påpekt ovenfor, er det mange ulike måter å tenke om og organisere brukermedvirkning på. På grunnlag av et bredt spekter av erfaringer med brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren, har vi utviklet en analytisk modell som består av brukermedvirkningens elementer, forholdet mellom dem samt de kritiske faktorene som gjør at brukermedvirkningsprosessene kan realisere viktige mål – eller undergrave dem. Vi har to målsettinger med modellen:

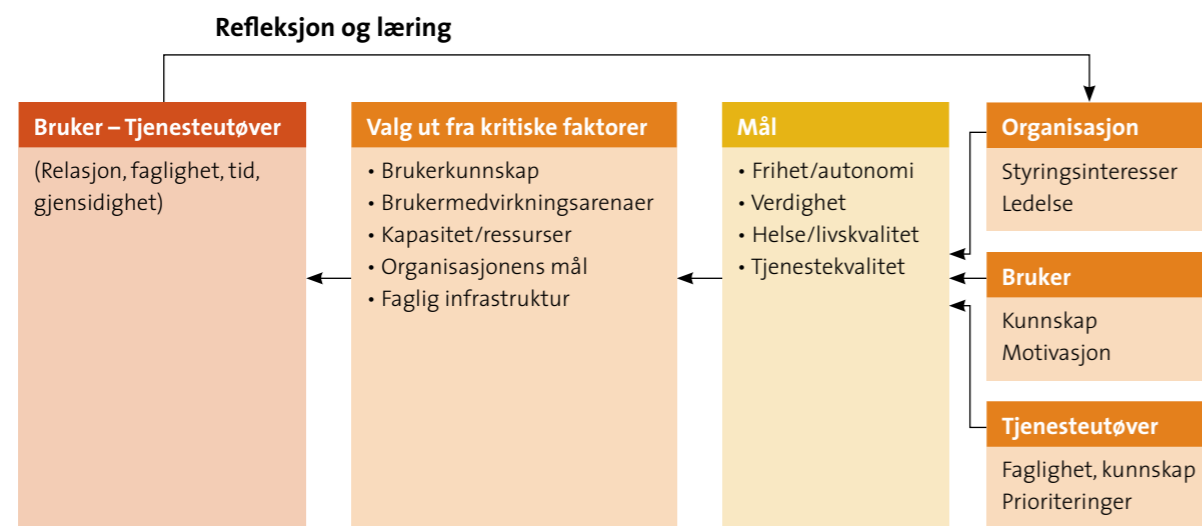
- (1) Det viktigste målet med denne modellen er å være et redskap som forklarer mer enn bare hvordan brukermedvirkning bør anvendes. Ambisjonen er å kunne forklare hvorfor forsøk på å gjennomføre brukermedvirkning lykkes, og hvorfor de eventuelt feiler.
- (2) Det andre målet er å gjøre modellen til et praktisk redskap; enkel nok til at den kan korrigeres på grunnlag av ny erfaring. Vår definisjon av «praktisk» er ikke at modellen skal være en presis oppskrift/manual, men en praktisk teori som kan forbedres av dem som anvender modellen i praksis.

Beskrivelse av modellen

Målet: Det er to måter å formulere målet om brukermedvirkning på: et ideelt og et «realistisk». Det ideelle er at brukeren skal få realisert sin rettmessige *frihet/autonomi, verdighet og helse/livs-kvalitet*. I den realistiske versjonen er målet det samme, men brukermedvirkning forstås her som et kompromiss mellom det ideelle på den ene siden, og organisasjonens faktiske kompetanse, ressurser og organisatoriske evne til å realisere det på den andre.

Middel: Brukerens kunnskap skal komme til uttrykk og bli tatt hensyn til i utformingen av tjenesten(e). Det springende punktet her er hvorvidt brukeren faktisk er i stand til å skape en forskjell, eller mer presist: kan *korrigere tjenesteutformingen*.

Strategien: Brukermedvirkning er en relasjon mellom tjenestemottaker og tjenesteutøver. Det første kritiske elementet her er de valgene tjenesteutøverne gjør, og det neste er de verdiene og begrunnelsene som tjener som referanse for disse. Etikk og brukers behov er ikke de eneste faktorene tjenesteutøverne skal forholde seg til. De



skal også ta hensyn til økonomiske rammer, i tillegg til personalets kompetanse og organisasjonens faktiske forventninger.

De kritiske faktorene: For at brukerens kunnskap skal komme til anvendelse, må brukeren ha en arena. Her må det være mulig for brukeren å komme til orde og vite hvordan hennes kunnskap/oppfatninger blir tatt hensyn til. Tjenesteutøvernes verdier er også avgjørende. Men brukermedvirkningens suksess må ikke forstås som et produkt av at tjenesteutøverne har «de rette» verdiene, eller at de ganske enkelt handler etisk bevisst. I en så kompleks organisasjon som kommunen, er spørsmålet snarere hvilke av de mange, potensielt motstridende, etiske verdiene som tjenesteutøverne stimuleres til å prioritere. Slik sett er tjenesteut-

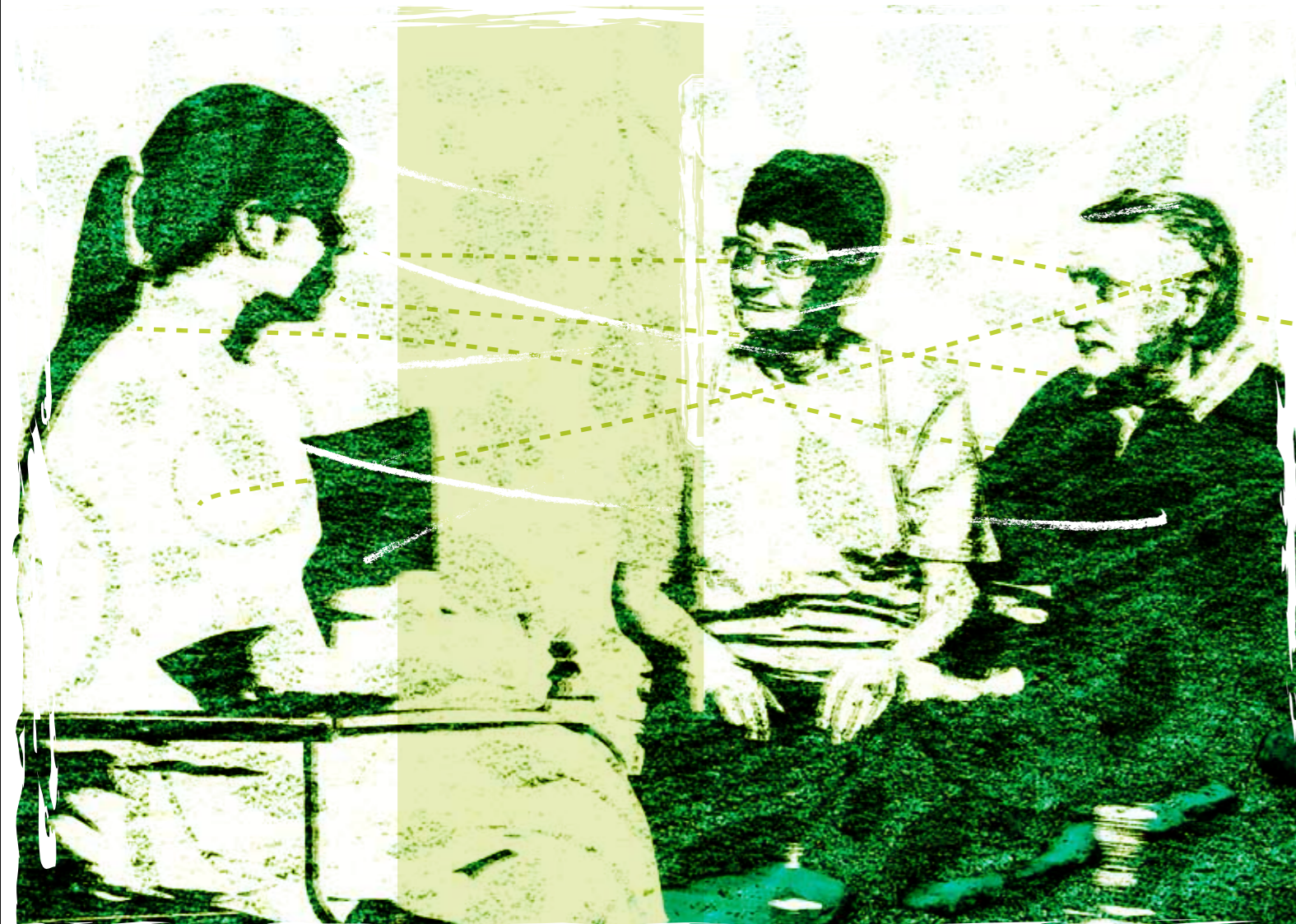
øverne å forstå som iverksettere av organisasjonens/ledernes mål. Altså: samtidig som de forvalter sin faglige kode, har de en dobbel rolle som brukernes representanter og som organisasjonens viktigste prioriteringsagent overfor de samme brukerne.

Brukermedvirkning i praksis: Brukermedvirkning gir et potensielt økt tilfang av vesentlig informasjon. Gitt at tjenesteutøverne har kompetanse og solid etisk bevissthet, borger brukermedvirkningen for en økt sensitivitet på nivået hvor tjenestene i praksis utøves. I alle moderne organisasjoner er informasjon et kontroversielt fenomen, og der som alle nivåer i organisasjonen er interessert i å ta hensyn til brukerens stemme, er situasjonen ideell. Men informasjonen om brukerens interesser

kan også bli et redskap i organisasjonens indre konkurranse.

Brukermedvirkning på sitt beste: Siden offentlige organisasjoners interesser i praksis spriker i flere retninger, kan brukermedvirkning representere et svært fornuftig fokus fordi det kan bidra til å rette oppmerksomheten mot et minste felles multiplum – et element som alle aktører i organisasjonen kan enes om. Det forutsetter imidlertid at det finnes – eller skapes – et minimum av enighet mellom ulike interesser i organisasjonen (for eksempel politiske, økonomiske og faglige) om (1) hvordan informasjon om brukererfaringer/ønsker/krav skal innhentes, (2) hvem som har myndighet til å fortolke hva de betyr, og endelig (3) hvordan det skal prioriteres i relasjon til rådende definisjoner av kvalitet. Slik kan brukermedvirkning bli en felles referanse for hele organisasjonen og en arena der brukeren kan bli en reell deltaker.

Oppsummering av modellen: Vi har understreket at «sannhetens øyeblikk» i brukermedvirkningen er de faglige valg som foretas blant tjenesteutøverne, og den gjensidigheten som kan utvikles mellom bruker og tjenesteutøver. Disse valgene er påvirket av organisasjonens mål og prioriteringer, som tjenesteutøverne skal representere. Samtidig er tjenesteutøverne ofte en slags representant for brukerne overfor den samme organisasjonen. Endelig er tjenesteutøverne til en viss grad autonome utøvere av faglige vurderinger. Disse tre rollene er ikke lette å forene, men erfaring viser at det er mulig. Vår egen erfaring fra denne og andre undersøkelser av tjenesteutøvelse i velferdsstaten er at det vi kaller den faglige infrastrukturen ofte er svakt utnyttet. Med faglig infrastruktur mener vi (1) den felles kompetansen som finnes i et gitt fagmiljø, (2) evnen til å dra nytte av denne for felles formål, og endelig (3) evnen til å dyrke kompetanse og kompetanseutvikling kontinuerlig. Brukermedvirkning er en ypperlig mulighet til å realisere nettopp dette, fordi den appellerer til faglige valg i fagmiljøer som stilles overfor spesielt store krav til ansvarsdeling og koordinering.



5. Historier om brukermedvirkning

5.1. Introduksjon

I denne delen har vi presentert 22 historier om brukermedvirkning hentet fra virkeligheten. Formålet med disse historiene er dels å trekke frem noen typiske dilemmaer som berører spørsmålet om brukermedvirkning, dels illustrere hvordan brukermedvirkning kan hemmes eller fremmes av systemet og kulturen i pleie- og omsorgssektoren, og dels vise hvordan brukermedvirkning kan realiseres i praksis.

Kapittelet er inndelt i fire deler. I første del finner vi historier som tar opp typiske etiske dilemmaer rundt brukermedvirkning. Del to inneholder historier som i større grad inneholder metoder for brukermedvirkning. Den tredje delen inneholder historier om brukermedvirkning på systemnivå. Og del fire inneholder to historier om henholdsvis fritt brukervalg og brukerstyrt personlig assistanse (BPA).

5.2. Brukers rett til å bestemme

5.2.1 Frihet til å spise?

Ivar er en mann i 40-årene som er utviklingshemmet. Han er myndig og bor i egen leilighet i et bofellesskap med bemanning, fellesrom og organisering av felles aktiviteter. Ivar har jobbet i en vernet bedrift i mange år, og de ansatte har inntrykk av at han har likt seg der. Det siste året har han imidlertid blitt stadig mer motvillig til å gå på jobb, og har ved flere anledninger skulket jobben uten at personalet har visst om det. Andre ganger har han sagt i fra at han ikke vil gå på jobb, men de ansatte har ofte klart å overtale ham til å gå likevel. Ivar er veldig glad i godterier og mat, og når han ikke reiser på jobb blir han sittende i en stol hele dagen og spise. Dette fører til at han legger kraftig på seg. Han tar heller ikke initiativ til kontakt med andre mennesker, så når han ikke er på jobb blir han stadig mer isolert, samtidig som både fysisk, psykisk og sosial funksjon blir dårligere. Sist han var hos legen ble det påvist at han hadde noe forhøyet blodsukker. For å hindre videre utvikling mot diabetes, anbefalte legen at Ivar bør gå ned i vekt, være mer fysisk aktiv, og spise sunt og regelmessig.

Spørsmål til videre diskusjon

- Hva er problemstillingene i denne historien?
- Har historien noe med verdier å gjøre? Hvordan?
- Hvem bør involveres i denne saken?
- Hva ville du selv gjort hvis du var ansatt ved bofellesskapet? Er det flere handlingsvalg her? Hva slags konsekvenser vil ulike handlingsvalg kunne ha?



- Hvilken form for brukermedvirkning er det relevant å trekke inn i denne historien? Bør Ivar få bestemme selv? Kan de ansatte ha nytte av informasjon og kunnskap som Ivar har? Er det aktuelt å bevisstgjøre (myndiggjøre) Ivar? Er det nødvendig å stille noen krav til ham?

Notater

5.2.2 Frihet til et selvstendig liv?

Hege er en ung kvinne som bor i egen leilighet. Hun har hjelp av miljøarbeider-tjenesten som holder til i en baseleilighet like ved. Hun er ikke umyndiggjort. Hege bruker internett til å komme i kontakt med andre, særlig menn. Hun har ved flere anledninger truffet menn via nettet. Flere av disse oppfattes av de ansatte som tvilsomme typer som kun er ute etter å utnytte Hege. De ansatte er veldig engstelige for hva som kan skje med Hege, fordi en av mennene hun traff var voldelig mot henne og en annen som flyttet inn sammen med henne stjal penger og verdisaker fra leiligheten hennes. De som er mest bekymret er kanskje Heges foreldre, som stadig presser på personalet for å få dem til å gripe inn mer. Brukermedvirkning og selvbestemmelse er sterkt i fokus ved denne avdelingen, og de ansatte er enige om en strategi som bygger på at Hege er en myndig person som må ta ansvar for sitte eget liv, selv om hun ikke alltid ser ut til å være i stand til å se konsekvensene av sine egne handlinger. De ansattes ser det som sin oppgave å snakke med henne om konsekvensene, og så la henne ta avgjørelsene selv på grunnlag av dette. I praksis viser det seg at de ansatte ikke er helt enige om hva som er en fornuftig strategi overfor Hege, og flere har håndtert situasjoner rundt Hege på ulike måter. Enkelte, særlig blant dem som har jobbet i miljøarbeidertjenesten i mange år, har sagt klart i fra at de synes situasjonen er uholdbar. En av dem har ved enkelte anledninger nektet Hege besøk, og sagt vennlig til henne at hvis hun ikke slutter å bruke nettet på denne måten kan hun ikke ha internett mer. Å være myndig betyr å ta ansvar for sine egne handlinger, og måten Hege handler på er uforsvarlig, mener denne. Andre ansatte har reagert på denne strategien og mener det blir å overta ansvaret for Heges liv. Det ble en skikkelig diskusjon da en ansatt valgte å ringe til Heges mor for å fortelle at Hege utsatte seg selv for situasjoner som de ansatte ikke kunne ta ansvar for. Noen mente at dette var å bryte taushetsløftet, og at det er helt ulovlig og uholdbart.

Spørsmål til diskusjon

- Hva slags dilemma finner vi i denne historien?
- Er de ansatte forpliktet overfor bestemte verdier, lover/regler eller retningslinjer i denne saken?
- Bør det være grenser for brukermedvirkning når brukerne setter seg selv i fare? Er det situasjoner hvor taushetsløftet blir underordnet i forhold til andre hensyn? Hva bør Hege ta ansvaret for selv? Hvilken rolle skal de ansatte og foreldrene ha? Hvilke krav kan man eventuelt stille til Hege?
- Hvem bør involveres i denne saken?
- Er det andre måter å løse denne situasjonen på som ivaretar Heges selvbestemmelse, eventuelt hvordan?



Notater

5.2.3 Hvordan beskytte «vandrerne» mot seg selv?

Det hender at demente pasienter som er spreke til bens vandrer ut av døren, ned trappene og ut på gaten. Else er en av disse «vandrerne». Hun bor på en avdeling sammen med 30 andre pasienter. På en ettermiddagsvakt med to ansatte på jobb, ble det oppdaget at Else ikke var å finne noe sted på avdelingen. Det ble lett etter Else i flere timer, mens de byttet på å gjøre jobben på avdelingen. Til slutt ble Else funnet innerst i kjelleren under sykehjemmet. Hun satt på det kalde gulvet i en tynn sommerkjole og var lykkelig da hun ble funnet.

Avdelingslederen får høre om saken og innkaller til et møte med personalet. Han spør de ansatte om de har noen tanker rundt dette med å unngå at pasientene vandrer avgårde. «Vi kan enten medisinerer de beboerne som vandrer, eller så må vi stenge utgangsdøren på en eller annen måte», svarer noen av de ansatte.

Spørsmål til diskusjon

- Hva slags etisk problemstilling eller dilemma finner vi i denne historien?
- Er det bestemte lover eller etiske retningslinjer som er relevant i denne historien?
- Hvem er det som har et ansvar her, de som er på vakt, avdelingslederen eller andre?
- Er tiltakene som nevnes i historien nødvendige, eller kan vandrerutfordringene løses på andre måter?
- Hvordan kan brukermedvirkning realiseres her?



Notater

5.2.4 Tvang for å beskytte mot skader

Louise er en svært gammel dame som bor på en sykehjemsavdeling med 25 beboere. Hun har lenge vært dårlig til bens og er ikke i stand til å gå alene uten støtte. Hun har en gang tidligere falt og brukket lårhalsen. I det siste har Louise blitt stadig mer forvirret og urolig. Hun pleier å sitte i en stol som er plassert i en lang korridor. Hun prøver stadig å reise seg opp, og sjansen for at hun skal falle og brette lårhalsen eller slå seg i hodet er stor. På travle ettermiddagsvakter med redusert bemanning hender det at de ansatte trekker en snor foran henne i stolen slik at hun ikke får reist seg opp. Dette er lovstridig, men de ansatte mener alternativet er verre; at hun reiser seg opp og faller, eller blir liggende på gulvet. En gang da hun ikke var bundet, kom datteren og datterdatteren på besøk akkurat da Louise lå på gulvet og ropte på hjelp. De ble veldig opprørte, og mente de ansatte ikke passet godt nok på Louise.



Spørsmål til diskusjon

- Hva slags problemstilling dreier denne historien seg om?
- Hvem er involverte parter?
- Hva slags verdier eller etiske ståsted tror du pleierne og Louises datter har?
- Er det bestemte lover eller etiske retningslinjer som er relevant i denne historien?
- Hvilket etisk dilemma står vi overfor?
- Hvilke valg er tilgjengelige, og hva er eventuelt konsekvensene av handlingsvalgene?
- På hvilken måte er brukermedvirkning relevant i denne situasjonen? Dreier det seg utelukkende om å ta hensyn til de pårørendes synspunkter? Bør problemstillingen i historien tas opp i et brukerråd eller tilsvarende organ, eller dreier det seg kun om forholdet mellom pleierne ved sykehjemmet, Louise og Louises pårørende?

Notater

5.2.5 Brukernes ønsker og verdighet

En eldre mann bor på sykehjem og har ingen nær familie. Han er i perioder svært deprimert og kanskje begynnende dement. Han har også store problemer med å få magen til å fungere. Han er svært opptatt av dette med magen og snakker om det til stadighet. Han mener at den beste måten å få magen til å fungere er at han får maten servert mens han sitter på toalettet. Noen ansatte mener dette er uverdigg, og nekter å bringe maten inn på toalettet, mens andre mener at den lille gleden må de kunne ham. Det fører til at han deler de ansatte inn i «snille» og «slemme», og nekter å ta i mot hjelp fra «de slemme». Han regnes for å være «vanskelig» blant de fleste av personalet, og det er ingen som ønsker å være hans faste hjelper. Når han ikke får maten servert dit han ønsker, blir han opprørt og roper skjellsord mot personalet når de hjelper ham av og på toalettet.

Spørsmål til diskusjon

- Hvem sin verdighet er det som krenkes i denne historien, mannens eller pleiernes?
- Hvorfor bidrar denne historien til å dele personalet inn i de som synes det er ok og de som synes situasjonen er uverdigg? Hva slags etiske verdier ligger bak de ulike oppfatningene?
- Hva slags handlingsvalg har man i denne historien? Hvem bør involveres? Hva er konsekvensene av handlingsvalgene?
- Hva slags form for brukermedvirkning er relevant i denne historien? Er det kun et spørsmål om at den aktuelle beboeren skal bestemme, eller dreier det seg også om å ansvarliggjøre ham?



Notater

5.2.6 Brukernes adferd og hensynet til fellesskapet

En utviklingshemmet mann bor i egen leilighet tilknyttet en bemannet base. Han har sosial angst og føler seg ofte deprimert og alene. Dette har ført til et noe høyt alkoholforbruk. Det er vanskelig for ham å være sammen med andre, samtidig som han av og til ønsker tryggheten i fellesskapet og å delta på felles måltider. På fellesrommet er det ikke lov å oppholde seg i påvirket tilstand. Likevel har han ved flere anledninger kommet inn synlig påvirket i forbindelse med fellesmiddager og andre hyggelige tilstelninger. Noen av de andre brukerne blir engstelige når han er påvirket. Flere av de ansatte synes likevel det er vanskelig å nekte ham, selv om regelen er slik, og praksisen blir derfor forskjellig fra gang til gang.

Spørsmål til diskusjon

- Hva handler denne historien om? Hva er problemstillingen?
- Hvem er involvert i historien og hvem bør eventuelt involveres?
- Hvilke verdier og hensyn er sentrale for de ulike involverte partene?
- Hva slags handlingsvalg har man i denne historien? Hvilke konsekvenser har handlingsvalgene?
- Har brukermedvirkning relevans i denne historien? På hvilken måte?



Notater

5.2.7 Når brukernes krav skaper merarbeid

Karin får hjelp fra hjemmetjenesten. Hun har store psykiske problemer og har også lammelser i beina og sitter i rullestol. I vedtaket står det at hun skal ha hjelp til av- og påkledning, personlig hygiene, dusj og toalettbesøk. Karin er svært misfornøyd med vedtaket hun har fått, og når hjemmetjenesten kommer på besøk, får de ofte mye kritikk. Karin mener selv at hun i tillegg må ha hjelp til å lage mat, vaske tøy og stelle seg på en slik måte hun var vant til fra tidligere. Hun nekter også å bli løftet i heis. Dessuten er hun misfornøyd med at det stadig er nye pleiere som skal hjelpe henne. De fleste i hjemmetjenesten har problemer med å håndtere henne, og mange sier at det beste er bare å gi etter og la henne få det som hun vil.

Blant medarbeiderne i hjemmetjenesten er det ofte diskusjoner om hvem som skal ha henne på listen. Sonelederen forsøkte først bare å bruke de som håndterte Karin best. Men etter en stund klaget også disse medarbeiderne. Sonelederen har derfor gjort det slik at det går på omgang hvem som har Karin på listen.

Det er gjennomført en brukerundersøkelse i kommunen. Den viser at brukerne i den aktuelle sonen er mindre fornøyd enn i de øvrige sonene i kommunen. Sonelederen blir derfor innkalt til pleie- og omsorgssjefen for å diskutere hva som kan gjøres. Soneleder forklarer situasjonen med den aktuelle brukeren, om hvordan forsinkelser hos Karin forplanter seg til andre brukere i løpet av dagen. Hun ber også om ekstra ressurser for å løse problemet. De går gjennom budsjettene og finner ut at den aktuelle sonen har fått like mye ressurser som de andre. Pleie- og omsorgssjefen foreslår derfor at sonelederen tar tak i dette problemet og forsøker å løse det innenfor de rammene de allerede har.

Spørsmål til diskusjon

- Hva handler denne situasjonen om? Dreier det seg om mangel på ressurser, en soneleder som ikke tar ansvar, pleierne som ikke har tilstrekkelig kompetanse eller en bruker som er for kravstor?
- Er det bestemte retningslinjer, verdier eller normer som de ulike aktørene her må eller bør følge?
- Hvem bør involveres for å finne en løsning?
- Hva ville du gjort dersom du var pleie- og omsorgssjef, soneleder eller den aktuelle pleieren? Finnes det flere handlingsvalg her? Eventuelt hvilke?
- Hvilken betydning har brukermedvirkning i denne historien? Har brukeren rett til å klage, eller går hun over streken i forhold til hva hun kan kreve. Er det mulig å stille krav til Karin om å gjøre mer selv i hjemmet?

Notater

5.2.8 Når brukerne ikke vil bestemme

En utviklingshemmet mann som tidligere har bodd på institusjon i mange år kvier seg ofte for å ta avgjørelser selv. Han sier: «kan ikke du bestemme det, da?» Eller: «Jeg vet ikke, det er det samme for meg.» Denne mannen viser tydelig ubehag ved å måtte foreta valg.

Spørsmål til diskusjon

- Hva handler denne historien om?
- Er det riktig å forvente at mannen i historien skal bestemme selv?
- Hvilke handlingsvalg står vi overfor her?
- Hva er selvbestemmelse eller brukermedvirkning i denne situasjonen, og hvordan kan den best ivaretas?
Er det å ikke velge også et legitimt valg?



5.3. Brukermedvirkning som metode

5.3.1 Brukeren eller pleierens kompetanse

Ola er 78 år. Han har KOLS og hjertesvikt, samt leggsår. Ola har fast besøk fra hjemmesykepleier to ganger daglig. Innimellom får han pustebesvær. Da blir han utrygg og får angstanfall. Han ringer derfor ofte til hjemmesykepleien utenom de faste tidene og ber dem ringe til sykehuset for ham. Ola har tidligere vært på Rikshospitalet der de, i følge ham selv, har fortalt at angst og pustebesvær kan føre til akutte hjerteproblemer. De fleste i hjemmesykepleien har erfaring med at pusteproblemene som regel går over etter at pleieren har ankommet, likevel vil Ola vanligvis at pleieren ringer legevakt og/eller ambulanse. Han sier at han selv vet når pusteproblemene er alvorlige. En av sykepleierne opplever at det har oppstått en konflikt mellom Ola og henne fordi han ofte insisterer på at hun skal ringe ambulanse selv om hun har erfaring med at pusteproblemene går over etter å ha sittet hos ham en stund. Hun tar derfor problemet opp på et avdelingsmøte. Der kommer det frem flere ulike meninger om hvordan de bør håndtere problemstillingen:

Anita mener at de bør ha sine daglige besøk og i tillegg komme når de blir tilkalt. Når det gjelder tilfellene med pustebesvær, er hun imidlertid ikke villig til å strekke seg langt. Hun mener at hjemmesykepleien må komme og foreta en rask vurdering av situasjonen, men siden Ola er såpass klar må han selv kunne ringe ambulansen og forklare situasjonen. Så får de som tar imot telefonen der avgjøre. Hun mener at dersom pleierne skal sitte hos Ola til angsten går over, vil dette gå ut over andre brukere.

Brynjulf mener at de må involvere seg mer. De kjenner Ola og har erfaring med at angsten går over. Han synes det er unødvendig at Ola sendes til sykehuset og legevakt i tide og utide. Han foreslår derfor å legge inn litt mer tid hos brukeren med tanke på at det er hjemmesykepleien som har ansvar for å

dempe angstanfallene. Han sier at det selvfølgelig er viktig å høre på brukeren, men gjennom en god og lang samtale er målet å få brukeren til selv å finne ut at det ikke er nødvendig med ambulanse.

Cecilie mener at det i utgangspunktet bare er brukeren selv som kan si hvordan det føles å ha angst. Dersom det å komme på sykehuset kan bidra til å dempe angsten, selv om de ikke har noen konkret behandling å gi, så er det godt nok i seg selv. Hun mener derfor at de i større grad bør støtte Ola og bistå med både kontakt til legevakt og sykehus. En dag kan det kanskje være virkelig alvorlig, sier hun, og da vil ikke hun sitte igjen med skyldfølelse over ikke å ha hjulpet. Ola har jo tross alt både KOLS og hjertesvikt.

Spørsmål til diskusjon

- Hva er problemstillingen i denne historien?
- Hvilke aktører er relevante i historien?
- Hvilke dilemmaer finner du i historien?
- Hva slags verdigrunnlag tror du Anita, Brynjulf og Cecilie legger til grunn for sine argumenter? Er de forpliktet av noen regler eller retningslinjer i denne saken?
- Finnes det noen andre handlingsalternativer?
- Hva slags brukermedvirkning er det aktuelt å snakke om her? Hvem skal bestemme hva som skal gjøres? Hvem sin kunnskap eller erfaring skal man legge vekt på, brukerens, pleierens eller spesialisthelsetjenestens?

Notater

5.3.2 Hjelp eller selvhjelp?

Det er mange forskjellige oppfatninger om hvordan begrepet brukermedvirkning skal forstås og praktiseres. Her ser vi to ansatte i hjemmesykepleien, Line og Kari som oppfatter og praktiserer brukermedvirkning på forskjellig måte:

Line har en forståelse av at brukermedvirkning dreier seg om å myndiggjøre brukerne slik at de skal bli bedre i stand til å klare seg selv.

Helga er kommet hjem etter behandling for lårhalsbrudd på sykehuset. Hun klager over at hun har vondt, har vanskelig for å reise seg og ønsker mye hjelp. Line velger å bistå Helga i form av veiledning rundt fysisk aktivitet og tilrettelegging med hjelpemidler. Jobben blir tidkrevende, men Line holder fast på at dette vil lønne seg på sikt. Samtidig har hun vanskelig for å komme gjennom den daglige ruten og må ofte få hjelp av kolleger. Dette skaper misnøye blant kollegene. Brukerne omtaler Line som den «slemme». Line synes dette er ubehagelig og lurer av og til på om det er særlig vits i å forsøke å aktivisere brukerne. Verken brukerne selv eller teamlederen ser ut til å være særlig begeistret for hennes måte å jobbe på.

Kari legger vekt på å gi alle brukerne på listen den hjelpen de har fått tildelt i vedtaket. Kari forstår brukermedvirkning som å være lydhør overfor brukerne. Eva har bedt om at Kari kommer tidlig på morgenen, hun ønsker å bli løftet opp av stolen og ønsker ikke at det brukes hjelpemidler. Eva ber nok også om hjelp til en del ting som hun delvis kan klare selv, men Kari strekker seg langt for å etterkomme kravene til Eva. Det hender altså at Kari utfører oppgaver som ikke står i vedtaket. Blant brukerne blir Kari omtalt som den «snille».

Line og Kari diskuterer dette og bestemmer seg for å legge frem problemstillingene på et fagmøte. Teamlederen mener at Kari og Line må hjelpe så godt de kan innenfor den tiden de har til rådighet. Videre legger hun til at dersom Line bruker mer tid hos en bruker, blir det mindre tid til de andre. En av de mer erfarne sykepleierne er uenig. Hun støtter Line og mener at det er viktig at hjemmetjenesten støtter opp om egenaktivitet hos brukeren. Hun sier: «Dersom vi skal hjelpe brukerne med alt, så gjør vi både oss selv og brukerne en bjørnetjeneste. De blir jo bare enda mer pleietrengende.»

Spørsmål til diskusjon

- Hva slags problemstillinger står vi overfor i denne historien?
- Hvem er de involverte partene, og hvilke hensyn tror du er viktige for hver enkelt av dem?
- Hva slags form for brukermedvirkning støtter Line og Kari seg til?
- Hvem i historien vil du støtte? Line, Kari eller kanskje teamlederen? Burde noen av dem optrådt på en annen måte? Hvordan?
- Har Line og Kari ansvar for å bestemme arbeidsmetodikken, eller er det andre som må ta et ansvar?

Notater

5.3.3 Overtalelsens makt

Lederen i et bofellesskap for demente mener at omsorgsboligene bidrar til at respekten for beboere blir opprettholdt på en helt annen måte enn på et sykehjem. De ansatte ved denne omsorgsboligen har alle lang erfaring fra demensomsorgen.

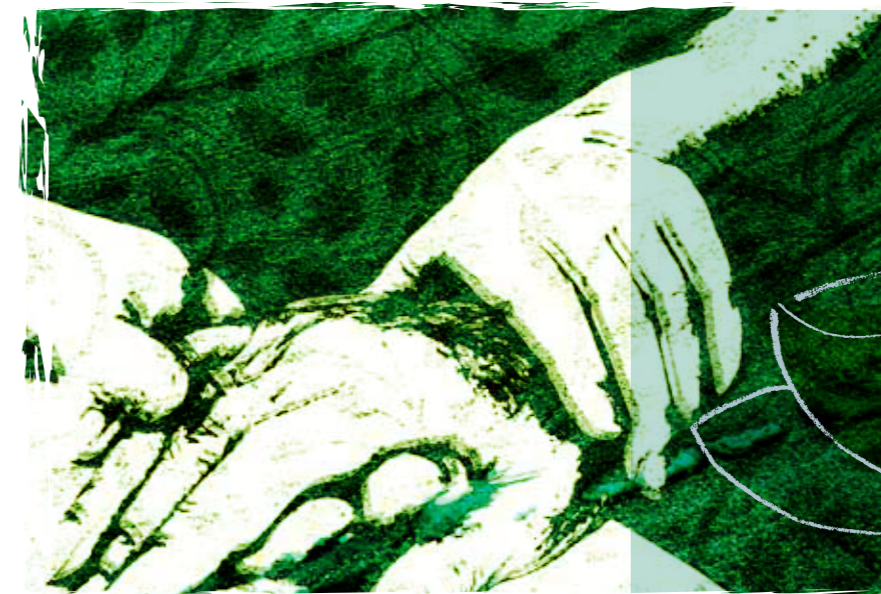
En utfordring i demensomsorgen er at mange av de demente ikke er i stand til å formidle hva de ønsker og hva som eventuelt feiler dem. En annen utfordring er at det kan være vanskelig å få beboerne med på det daglige stellet, som å stå opp, dusje, kle på seg, spise og legge seg.

Lederen for omsorgsboligene forteller at omsorgen for beboerne baserer seg på følgende prinsipp: «De skal få lov til å gjøre det de har lyst til, innenfor de grensene vi ser er forsvarlig. Men grensesetting skal ikke skje med bruk av tvang.» En av sykepleierne forteller videre at det er snakk om «finurlige måter å motivere på ... det er ofte sånn at vi må lirke litt med beboerne. For om de seier nei i det ene øyeblikket, så kan de i neste øyeblikket ikke huske at de har sagt nei.»

I situasjoner hvor beboerne motsetter seg stell og pleie, baserer den grunnleggende metodikken seg på: a) kunnskap om brukerne og deres tidligere historie, og b) individuell tilpasset tilnærming til hver enkelt beboer. For en av beboerne kan det være hensiktsmessig å starte leggesprosessen med en samtale om hans interesser eller forhistorie. Hos en annen beboer går morgenstellet lettere dersom pleieren setter seg nederst på sengekanten. En tredje beboer er villig til å stå opp dersom personalet setter på kaffen først. En fjerde beboer må personalet ofte gå innom 2-3 ganger før de får respons. Ellers dreier det seg ofte om at pleierne på ulike, individuelt tilpassede måter, forhandler seg frem til en løsning. Satt på spissen kan vi si at metoden dreier seg om å overtale brukerne til å bli med på det som anses som nødvendig, men uten at direkte press eller andre maktmidler blir tatt i bruk.

Spørsmål til diskusjon

- Hva handler denne historien om?
- Hva slags form for brukermedvirkning ser vi i denne historien?
- Hvilke verdier eller etiske ståsteder tror du personalet i omsorgsboligen har?
- Er du enig i at metoden som benyttes er akseptable? Burde pleierne i større grad akseptere at beboerne ikke ønsker å stå opp, vaske seg, legge seg etc.? Kjenner du til andre metoder som kan egne seg bedre?
- Hva slags forutsetninger må være tilstede for å få til de metodene som benyttes?



Notater

5.3.4 Selvbestemmelse, overtalelse eller tvang?

Eva bor alene og lever en isolert tilværelse. Naboer har sendt bekymringsmeldinger til kommunen om at Eva antagelig trenger hjelp. Hun er flere ganger blitt funnet vandrende og forvirret ute på byen, og politiet har måttet bringe henne hjem. Hjemmetjenesten har vært på døren flere ganger med tilbud om hjelp. Eva nekter å ta imot denne hjelpen, men har ved noen anledninger gitt hjemmesykepleieren lov til å komme innenfor. Det er da blitt observert at leiligheten er skitten og at det omtrent ikke finnes mat i huset. Eva fremstår også som veldig ustelt og skitten.

Historien er ikke unik og hjemmetjenesten flere steder i landet har fortalt tilsvarende historier. Nedenfor har vi skissert tre måter å handle på i slike situasjoner.

Hjemmetjenesten i kommune A: Vurderer Eva som samtykkekompetent. Det vil si at bruk av tvang ikke er mulig, jfr. lov om pasientrettigheter kapittel 4 A. De forsøker å holde et øye med leiligheten i form av å kjøre forbi, og av og til ringer de. De allierer seg også med en nabo som de ber om skal varsle dersom hun opplever noe spesielt. Det generelle prinsippet de støtter seg til, er at alle har selvbestemmelsesrett så lenge de er klare og ikke gjør direkte skade på seg selv.

Hjemmetjenesten i kommune B: Forsøker å nå inn til Eva med list og sender den beste «diplomat» de har. Etter mye om og men får de en nøkkel, slik at de i det minste har mulighet til å ta seg inn i leiligheten uten politiets hjelp. Strategien går ut på å bruke list og forhandlinger, hvilket bidrar til at de av og til kommer innenfor.

Hjemmetjenesten i kommune C: Legger vekt på at hygieneforhold og kosthold er til skade for Eva. De har vært i kontakt med Fylkesmannen, men uten å få gjennomslag for å iverksette tvangstiltak. De kommer til Evas leilighet to ganger i uken, og ber om å få komme inn. De kommer seg som oftest inn etter mange overtalelser, og klarer etter en del press å få Eva til å dusje en gang i uken.

Spørsmål til diskusjon

- Hva er problemstillingen i denne historien?
- Kan du redegjøre for aktuelle dilemmaer i historien?
- Er det bestemte lover eller etiske retningslinjer som er relevante i denne historien?
- Hvilke verdier tror du de tre hjemmetjenestene legger til grunn for sine handlinger? Er det andre verdier de overser? Hva er eventuelt konsekvensene?
- Hvilken kommune vil du støtte i historien? Begrunn hvorfor. Er det noen flere handlingsvalg her?
- Hva slags brukermedvirkning er det aktuelt å snakke om her? Bør Eva selv få bestemme om hun skal ha hjelp eller ikke? Er det andre måter å tenke brukermedvirkning på i dette tilfellet?

Notater

5.3.5 Den erfarne med mange metoder

Hverdagen til de ansatte i helse- og omsorgstjenestene dreier seg ofte om å sjonglere mellom ulike virkemidler som dermed blir situasjonsbestemte. Det innebærer at brukervedvirkning må forstås som et sett av metoder eller virkemidler som benyttes i ulike situasjoner. Vi har satt sammen en historie som illustrerer hvordan Katrine, som er hjelpepleier i hjemmetjenesten, praktiserer ulike former for brukervedvirkning gjennom en arbeidsdag.

Besøk 1: Katrine skal gjennomføre en førstegangssamtale med en bruker, og på bakgrunn av denne samtalen skal det utarbeides en handlingsplan. Det er vedtak på at brukeren skal ha hjelp til å dusje en gang i uken, samt sårstell og opptrening. I vedtaket står det ikke noe om hvordan hjelpen konkret skal utformes, noe som blir tema i førstegangssamtalen. Katrine starter samtalen med å spørre hvordan brukeren helst vil ha det. De blir enige om et opplegg. Dette er uproblematisk, bortsett fra at Katrine i etterkant blir litt usikker på om de alltid har muligheter til å tilrettelegge på den måten hun og brukeren er blitt enige om. Har hun lovet for mye?

Besøk 2: Katrine besøker så en kvinne som i utgangspunktet ikke vil ha hjelp. Hun spiser dårlig og Katrine sier hun må være litt mer aktiv enn vanlig hos denne brukeren: «Jeg må lokke og lure ut av henne hva hun egentlig vil». På spørsmål om hun kan være sikker på å vite hva brukeren vil, svarer Katrine at det tror hun, men at det nok i stor grad dreier seg om tolkning av de signalene brukeren gir. Om Katrine alltid tolker dem riktig, er hun litt usikker på. Hun lurar også på om hun kanskje har en litt styrende framferd noen ganger, for eksempel kan hun si til brukeren at «jeg går ikke herfra før du har fått i deg litt mat» i tilfeller hvor brukeren ikke vil spise.

Besøk 3: Det tredje besøket er hos Håvard. Håvard mistet livsgnisten etter at konen døde for et år siden og er blitt svært passiv. Ellers er han funksjonsfrisk. Han spiser godt, men beveger seg nesten ikke ut av sofaen. Katrines største utfordring er å aktivisere Håvard. Hun kommer stadig med tilbud om

opphold på en aktivitetsavdeling. Hun har også laget en aktivitetsplan for ham, og forsøker å få ham til å følge den, uten å lykkes noe særlig. Håvard liker imidlertid godt å få besøk av henne, og hun bruker derfor som strategi å si at «Hvis jeg skal komme, så må du til gjengjeld følge de aktivitetsplanene som vi har laget.» Aktiviteten dreier seg om at Håvard skal gå en tur rundt kvartalet og regelmessig rydde på kjøkkenet. Håvard har også gitt uttrykk for at han ønsker å få montert håndtak rundt omkring i huset, og Katrine har oppmuntret ham til selv å ringe hjelpemiddelsentralen. Men tiden går uten at han ringer, og hver gang hun er innom, ber han henne om å ordne det.

Spørsmål til diskusjon

- Hvilke former for brukervedvirkning praktiserer Katrine?
- Noe av utfordringen for Katrine er å vite hva slags metode som skal brukes når. Når hun går inn i forhandlinger mister hun da evnen til å være lydhør? Kan det tenkes at hun også burde gått inn i forhandlinger i den første historien, eller var det riktig av henne å være lydhør? Tilsvarende gjelder også ved det siste besøket. Er det riktig å presse Håvard for å aktivisere ham, eller burde hun vært mer lydhør som i det første tilfellet?
- Dersom du sto overfor en situasjon som i historiene over, hva ville du gjort? Er det andre måter å handle på i de ulike situasjonene?
- Katrine skal gå av med pensjon snart og lederen for hjemmetjenesten er redd for at Katrines kompetanse og erfaring skal forsvinne med henne. Hvordan kan lederen for hjemmetjenesten sikre seg Katrines kompetanse og erfaring – særlig innenfor brukervedvirkning – før hun går av?

Notater

5.3.6 Medvirkning mot sin hensikt?

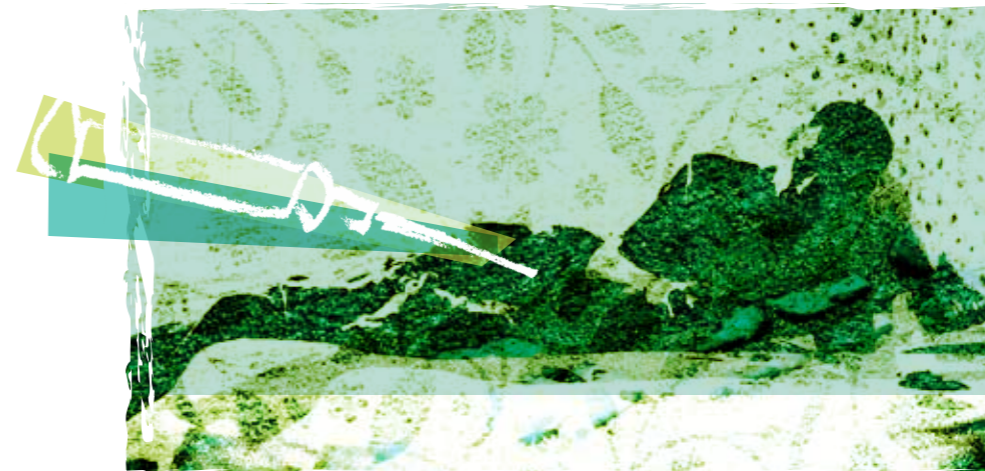
Ved et botiltak for unge mennesker med rus- og psykiatriproblemer er den grunnleggende filosofien at beboerne selv må bestemme om de vil ruse seg eller ikke. Botiltakets tjenester retter seg mot den praktiske organiseringen av beboernes hverdag (betaling av regninger, rydde, vaske, holde avtaler), og har som mål å bidra til å begrense uheldige effekter av rusmisbruk. Botiltakets mål og metoder retter seg altså ikke mot behandling av psykiske lidelser eller rusproblemer.

Med jevne mellomrom blir flere av beboerne lagt inn på psykiatrisk avdeling, og noen har også tilbrakt store deler av livet sitt der tidligere. En psykiater reflekterer over dilemmaet mellom innleggelse med tvang, og frihet til å ruse seg. Han ser at beboerne blir mindre psykotiske og virker mer tilfredse mens de er innlagt og ikke har mulighet til å ruse seg. Han har inntrykk av at det blir en god del rus når de er hjemme i botiltaket, og at noen av beboerne da blir stadig dårligere og mer psykotiske. Han har også fått tilbakemeldinger fra pårørende som er fortvilet over at det er mye rusbruk i botiltaket.

Psykiateren mener derfor at det beste ville være hvis beboerne både kunne ha den livskvaliteten som knyttes til å bo i egen bolig og samtidig få hjelp til å holde seg borte fra rus. Han synes at beboerne trenger noen som kan legge litt press på dem og være påtrengende på en god måte. Det innebærer en mer aktiv intervensjon og at botiltaket arbeider mer med motivasjon og meningsfulle aktiviteter. De ansatte ved botiltaket ser at beboerne ruser seg en del, men mener likevel at beboerne har mer livskvalitet når de bor i egen leilighet enn når de er innlagt på psykiatrisk avdeling.

Spørsmål til diskusjon

- Hva er problemstillingen i denne historien?
- Hva slags verdier eller etiske ståsteder tror du det er som skiller behandlingsfilosofien til omsorgsboligen og psykiateren ved akuttavdelingen?
- Bør de ansatte ved botiltaket forsøke å endre beboernes livsførsel, eller bør de heller fokusere på å hjelpe beboerne til et verdig liv som rusmisbrukere?
- På hvilken måte dreier dette seg om brukermidvirkning? Skal beboerne få bestemme, eller er det nødvendig å bevisstgjøre beboerne om sin egen situasjon? Kan eller bør man stille krav til beboerne?



Notater

5.3.7 Kan brukermedvirkning skape endringer?

Medarbeiderne i en hjemmetjeneste har vært på seminar om brukermedvirkning. På møtet etter seminaret startes en diskusjon ingen har turt å ta tak i tidligere. Ute på bygda går det nemlig historier om hvem i hjemmetjenesten som er «snille» og hvem som er «slemme». «De snille» er fleksible og tar ofte et tak ekstra om det trengs. «De slemme» holder seg til vedtaket som brukerne har fått i tiltaksteamet. De som omtales som slemme føler ubehag ved dette, og opplever at de presses til å ta på seg flere oppgaver enn det som er vedtatt. Dessuten mener de at «de snille» bidrar til å skape økte forventninger blant innbyggerne i kommunen, noe de på sikt ikke kan innfri. Dette vil da gå ut over deres egen helse og arbeidsmiljø. «De snille» oppfatter situasjonen annerledes og hevder at det er viktig å sette seg ned, snakke med brukerne og stimulere dem sosialt. Det dreier seg om å være et medmenneske, hevder de. En av dem sier: «Kanskje det er bra at brukerne stiller litt krav til oss. Det er ikke nødvendigvis sånn at dette bare fører til at vi må løpe fortere. Kan hende det også stimulerer oss til å jobbe litt smartere.»

Spørsmål til diskusjon

- Hva slags problemstillinger tas opp i denne historien?
- Hvilke konsekvenser tror du det vil ha for brukerne og medarbeiderne dersom alle ble «snille» eller alle ble «slemme»?
- Ved at brukerne definerer noen som «snille» og «slemme», skaper de økte forventninger. Er det mulig å være «snill» uten å skape større forventninger?
- Er det riktig å forsøke å begrense brukernes forventninger? Kan det tenkes at brukernes forventninger kan bidra til noe positivt?
- Er det slik at kravstore brukere kan bidra til nyskaping og utvikling i tjenestene? Hvordan kan dette eventuelt oppnås?



5.4. Institusjonelle virkemidler

5.4.1 Brukerundersøkelser

Sykehjemmet arbeider med å legge til rette for gjennomføringen av kommunens årlige brukerundersøkelse. Siden de fleste beboerne er mer eller mindre demente, er det problematisk – både metodisk og etisk – å kunne intervju et representativt utvalg av brukere. I tråd med avtalen med kommuneadministrasjonen velger derfor sykehjemmet ut de beboerne som vurderes å være i stand til å delta i intervju. Kommuneadministrasjonen er imidlertid ikke fornøyd, og mener at antall intervjupersoner blir for få. Hensikten med brukerundersøkelsen er ikke bare å skaffe til veie informasjon som kan gjøre tjenestene ved sykehjemmet bedre; for kommunen er det også viktig å få tilgang til uavhengig informasjon om enhetene som leverer tjenestene på dens vegne. Firmaet som gjennomfører brukerundersøkelsene følger opp ambisjonen om å intervju så mange brukere som mulig. Deres representanter kommer på besøk og intervjuer alle som sier seg villige til det. Informasjonen – altså svarene de demente gir – brukes blant annet til å kåre «Kommunens beste sykehjem» og til å rangere alle kommunens sykehjem. Denne gangen kom «vårt» sykehjem langt nede på lista.



Spørsmål til diskusjon

- Hva slags informasjon egner seg for å si noe troverdig om brukernes erfaringer?
- Mener du brukerundersøkelse er et egnet virkemiddel for å oppnå bedre tjenestekvalitet?
- Hvilke etiske krav bør stilles til brukerundersøkelser som involverer mennesker med senil demens?
- Dersom det er gjennomført brukerundersøkelser i din kommune, har den blitt benyttet for å bedre tjenestene? Hvordan kunne den eventuelt blitt benyttet på en bedre måte?
- Finnes det andre metoder enn brukerundersøkelser som kan benyttes for å få frem brukernes synspunkter på tjenestene?
- Hvordan mener du brukernes erfaringer med tjenestene kan benyttes for å bedre tjenestene?

Notater

5.4.2 Avmakt i brukerrådet

Lisbeth har en sønn på 5 år som bor i en døgnbemannet omsorgsbolig. Hun opplever at brukermedvirkning er et tomt ord. I omsorgsboligen er det ansatt vernepleiere og sykepleiere, i tillegg til flere vikarer som ikke har helsefaglig utdanning. Lisbeth har selv en utdanning som gir henne kjennskap til fagfeltet, og opplever at de ansatte har en adferdsterapeutisk tilnærming til beboerne; noe hun er veldig skeptisk til.

Lisbeth føler seg lite populær etter at hun ved et par anledninger har kommentert måten de ansatte håndterer beboerne på. Det er heller ingen etablerte møteplasser for de pårørende der de kunne kommet sammen og diskutert, for så å ha en felles stemme overfor personalet.

Det er etablert et brukerråd på enhetsnivå. Lisbeth ble spurt av avdelingslederen om hun kunne sitte i rådet, noe hun sa ja til fordi hun dermed kunne få tilgang til informasjon som kan være nyttig for henne som pårørende, og for sønnen. Men måten hun ble valgt inn i rådet på, gjør at hun ikke føler å ha mandat til å snakke på vegne av andre enn seg selv, og kanskje sønnen. Sakene som behandles i rådet blir sendt til henne og de andre rådsmedlemmene før møtene, men ingen sender sakene videre for å få kommentarer fra dem de representerer. Sakene bærer stort sett preg av å være informasjonssaker, og hun synes det er vanskelig å bringe frem kritikk i brukerrådet fordi sekretæren for rådet sitter i ledelsen for den aktuelle enheten, samtidig som det er hun som leder møtene.

Spørsmål til diskusjon

- På hvilken måte kan medlemmene i et brukerråd bidra til brukermedvirkning?
- Hva slags rolle bør enhetsleder og de andre medlemmene ha i brukerrådsmøtene?
- Hvilke endringer vil kunne bedre brukermedvirkningen i dette brukerrådet?
- Hva slags rolle og oppgaver mener du brukerrådet bør ha? Hvordan kan det bidra til å forbedre tjenestene?



Notater

5.4.3 Brukerrådets rolle som aktiv pådriver

Ved et av landets større sykehjem er det lange tradisjoner for brukermedvirkning, og det har skjedd vesentlige endringer i sykehjemmets funksjon i løpet av de siste tiårene. Majoriteten av beboerne har langt framskreden demens og for de fleste av dem blir det vanskelig å forholde seg til spørsmål om de er tilfreds med tjenestene og hva som eventuelt kunne vært bedre.

Sykehjemmet prøver å ta i bruk mange kilder for å få best mulig informasjon om beboernes tilstand, opplevelse av trivsel og om kvaliteten på tjenestene. Den viktigste er Brukerrådet, som ledes av en representant for de pårørende. Rådet arbeider systematisk for å innhente informasjon gjennom intervjuer og samtaler med beboerne, pårørende, ansatte og frivillige ved sykehjemmet. Brukerrådet mottar også mange av sine innspill fra sykehjemmets brukerforum (som er et forum der ulike brukere forteller om sine erfaringer) og fra et ukentlig møte som gjennomføres ved hver enkelt avdeling («Ukeslutt»). Brukerrådet legger fram aktuelle saker for ledelsen og styret.

Brukerrådet oppfordrer de ansatte til å være talerør for beboerne, og understreker at det er viktig å unngå at «røstene nedenfra forties eller forklares i hjel oppover i systemene». Målet er å la «de kritiske og gode meldingene påvirke driften av sykehjemmet».

Brukerrådet er opptatt av å samordne arbeidet sitt med det faglige utviklingsarbeidet ved sykehjemmet. Akkurat nå arbeides det med et prosjekt der målet er å skape bedre forståelse for riktig ernæring og for hvordan man kan bidra til å skape meningsfulle og gode måltider. Prosjektet foregår i flere avdelinger; med representanter for beboere, pårørende og frivillige. Målet er å bevisstgjøre hele staben om betydningen av å arbeide etter felles faglige og etiske standarder.

Brukermedvirkningen ved dette sykehjemmet involverer altså mange arenaer, og kunnskapen om brukererfaringer blir lagt fram i besluttede organ. Lederen i Brukerrådet er tilfreds med denne måten å gjøre det på, men synes også det er vanskelig å avgrense hva Brukerrådet kan og skal forsøke å gjøre noe med. Bl.a. lurer han på om det er brukerrådets oppgave å ta opp de økonomiske rammevilkårene som medfører bruk av dobbeltrom, og problemer med lav bemanning.

Spørsmål til diskusjon

- Hvordan kan brukerundersøkelser/brukermedvirkning bli en del av organisatoriske og faglige læringsprosesser?
- Hvordan kan brukermedvirkning gjøres systematisk, og bli noe mer enn uttalelser om avgjørelser man ikke har innflytelse over?
- I hvilken forstand er brukermedvirkning en ledelsesoppgave?
- Hvordan kan fagpersonalet integrere brukermedvirkning i arbeidet sitt?
- Hvordan bør medlemmene i brukerrådet rekrutteres?

Notater

5.4.4 Hvor mye skal brukerrådet bestemme?

Det er vedtatt å etablere et eget brukerråd for hjemmetjenesten. Brukerrådets rolle og funksjon blir derfor diskutert på et avdelingsmøte. Avdelingslederen informerer om brukerrådet i et eget skriv:

«Representantene skal velges ut ved at ledere på den enkelte avdeling vil spørre aktuelle kandidater fra brukerne og deres pårørende om de vil sitte i rådet. Jeg vil samtidig understreke at dette ikke er snakk om et brukerstyre, det vil fremdeles være vi ledere som har ansvaret for budsjettet, og som må ha ansvaret for å bestemme hva som er riktige prioriteringer. Brukerrådet skal ikke bestemme hvordan tjenestene skal gjennomføres. Brukerrådets viktigste funksjon vil være å fungere som informasjonskanal, og jeg vil understreke at det er gjennom den daglige respektfulle samhandlingen mellom beboere og ansatte at den mest vesentlige brukervedvirkningen foregår.»

En nyansatt vernepleier og sykepleier reagerte med noe skepsis på fremstillingen til avdelingslederen. Gjennom utdannelsen har de lært at brukervedvirkning skal styrkes i alle ledd gjennom bruk av individuelle og institusjonelle virkemidler. De har forstått det slik at brukervedvirkning handler om reell innflytelse, noe som sannsynligvis vil skape endringer i rutiner, drift og budsjett. De ansatte må derfor regne med å dele noe av sin myndighet med brukerne. Dette førte til en diskusjon der de ansattes oppfatninger av begrepet brukervedvirkning viste seg å sprike i flere retninger. Noen mente at lederens tolkning ikke ville gi reell brukervedvirkning. Andre igjen mente at det å overlate mer myndighet til brukerne ville være urealistisk og lite gjennomførbart.

Spørsmål til diskusjon

- Hva slags brukervedvirkning tenker de nyansatte på?
- Hva mener du om henholdsvis lederens og de ansattes ulike perspektiv på brukervedvirkning?
- Kan en tolke lederens perspektiv som ærlig, realistisk og hensiktsmessig, mens synspunktene til de mest radikale ansatte fremstår som litt urealistiske?



5.5. Fritt brukervalg og BPA

5.5.1 Reelle valgmuligheter?

Nina har mottatt tilbud fra hjemmetjenesten to ganger daglig i flere år. Hun har stort sett vært fornøyd med tjenestene og har etter hvert blitt godt kjent med de ansatte som kommer innom. På ettermiddagen er det blitt en vane at den som kommer da tar en kopp kaffe sammen med Nina.

Fra nyttår har lederen for hjemmetjenesten gitt klar beskjed om at alle må forholde seg til vedtakene og ikke kan bruke mer tid enn nødvendig. Hjemmetjenesten har mange brukere og må derfor være nøye med tidsbruken. For å bryte opp i de tette båndene som har etablert seg mellom mange brukere og ansatte, rokerer hun også på listene over hvilke ansatte som går til hvilke brukere.

Nina opplever den nye ordningen som vanskelig og utrygg. Det er nye ansatte som kommer til henne og hun rekker ikke å bli ordentlig kjent med dem fordi de har dårlig tid. Det å ta en kopp kaffe og en prat med den ansatte fra hjemmetjenesten var også den eneste formen for sosial omgang Nina hadde.

Nina har lest i avisen at det er mulig å velge privat hjemmetjeneste. Hun ringer derfor til bestillerkontoret i kommunen for å få mer informasjon. Konsulentten på bestillerkontoret spør om det er noe hun er misfornøyd med, og om hun ikke får de tjenestene hun skal ha i dag. Nina sier hun får den tjenesten som står i vedtaket, men at det er vanskelig når de som kommer har så dårlig tid. Konsulentten forteller at det er like travelt hos den private leverandøren og at hun ikke kan forvente noe mer av dem. Nina spør likevel om hvordan hun kan skifte og får til svar at hun kan komme til bestillerkontoret og hente søknadsskjema eller laste det ned på internett.

Nina kan ikke bevege seg ut uten hjelp og hun har heller ikke datamaskin. Hun synes at det blir for vanskelig å bytte leverandør, samtidig som hun er usikker på om det er så lurt å bytte likevel. Hun regner med at mannen på kontoret snakker sant og at det er best å la alt være som det er. Nina fortsetter derfor med den kommunale hjemmetjenesten.

Spørsmål til diskusjon

- Får Nina den informasjonen hun skal? Er informasjonen tilgjengelig nok?
- Hvem har ansvar for å gi informasjon til Nina? Har sykepleieren et ansvar, er det bestillerkontoret eller selskapet selv som har ansvar for å informere og gjøre informasjon og søknadsskjema mer tilgjengelig?
- I teorien skal konkurranse stimulere til bedre kvalitet og/eller mer effektiv drift. Er det noe den kommunale hjemmetjenesten kan gjøre for at Nina likevel skal bli fornøyd med tjenestene?
- Hva om Nina hadde bodd i din kommune. Ville det vært mulig her å endre systemet eller tjenestene slik at Nina kunne få dekket sine sosiale behov?

Notater

5.5.2 Brukermedvirkning eller fritt brukervalg?

Medarbeiderne ved en omsorgsbolig har vært på kurs om brukermedvirkning. De har lært at det er viktig å la brukerne bli sett og hørt. De har også lært om etikk. Etter kurset har medarbeiderne en samling der de diskuterer brukermedvirkning. Flere kommenterer at beboerne gir uttrykk for at de er fornøyde og takknemlige for all hjelp, og at det derfor ikke er så mye mer de kan gjøre. Dessuten har de gjennomført en spørreundersøkelse blant de pårørende der det fremgår at disse også er godt fornøyd. Diskusjonen munner ut i konklusjonen om at så lenge både beboere og pårørende gir uttrykk for å være takknemlige, så ivaretas brukermedvirkningen.

Marte, som er nyutdannet sykepleier, synes imidlertid ikke at alt er som det bør være. Hun har lest om og blitt inspirert av Lotte-sykehjemmet i København³, og har derfor en helt annen forestilling av hva en omsorgsbolig bør være. Marte tør ikke si noe, men tenker i sitt stille sinn at det er et stort gap mellom disse omsorgsboligene og det hun har lest og hørt om. Hun tenker: «Er beboerne egentlig fornøyd med å få hjelp til sine primærbehov og ut over det bare sove hele dagen? Er det dette de vil?» Hun tror at dersom de hadde fått velge, så ville de nok velge noe annet enn dette her. Det finnes for eksempel et fellesrom i omsorgsboligen, som nesten aldri blir brukt.

Spørsmål til diskusjon:

- Kan man ta for gitt at det brukere og pårørende i omsorgsboligene gir uttrykk for gjennom brukerundersøkelser er god nok målestokk for kvaliteten på tjenestene? Er høy brukertilfredshet ensbetydende med høy tjenestekvalitet?
- Er det behov for å skape mer liv og engasjement i omsorgsboligene selv om brukerne sier de er fornøyde? Hvordan skal eventuelt dette gjøres? Kan dette realiseres gjennom økt reell brukermedvirkning?

Marte som arbeider ved omsorgsboligene, tenker at dersom beboerne hadde fått sett noe annet, eller fått sjanse til å velge, så hadde de nok valgt annerledes. Marte mener derfor at kommunen burde innført fritt brukervalg for sine innbyggere.

- Er det riktig som Marte tenker, at fritt brukervalg er den eneste formen for brukermedvirkning som virkelig gjør en forskjell?
- Kan det også være andre former for brukermedvirkning som kan stimulere til engasjement og nyskaping?

³ Lotte-sykehjemmet i København er et sykehjem som er spesielt kjent for å vektlegge brukermedvirkning.

Notater

5.5.3 Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Leif har BPA. Han har selv fungert som arbeidsgiver, men han synes det vært mye administrasjon rundt arbeidsgiveransvaret og mye gjennomtrekk av assistenter. Leif har derfor bedt kommunen om å overta arbeidsgiveransvaret og samtidig bedt om å få en assistent som er mer stabil. Kommunen velger Anne som er den mest erfarne og stabile assistenten de har. Etter en stund oppstår det uenigheter mellom Leif og Anne om hva assistenten skal bruke tiden til. Anne går derfor til sin leder og forteller om forholdene hos Leif.

Anne forteller at Leifs faktiske behov er hjelp til å holde rent i huset, personlig hygiene og å komme seg ut. Men i realiteten ber Leif henne om å bruke tiden til å vaske bilen, stelle i hagen og andre forefallende ting i huset. Han tar ikke imot hjelp til det han egentlig trenger, i særlig grad. Anne synes at hun bruker tiden sin svært lite hensiktsmessig, og mener at Leif har liten forståelse for hva som er hans eget beste. Anne mener at Leif har mistet mange av sine venner pga. dårlig hygiene, det er i hvert fall ingen som kommer på besøk lenger. Hun foreslår derfor å avvikle ordningen dersom Leif kun ønsker hjelp til bil og hage. Annes leder er enig og mener at de heller bør prioritere andre som åpenbart har mer behov for hjelp enn Leif.

Spørsmål til diskusjon

- Hvilke verdier tror du står på spill for Leif og Anne?
- Er Leif og Anne/kommunen forpliktet av noen verdier eller prinsipper?
- Mener du Leif har behov for en brukerstyrt personlig assistent?
- Bør Leif få lov til å bestemme selv hva han ønsker hjelp til fra assistenten?



6. Avslutning

Historiene i dette heftet dreier seg om samsvaret mellom brukervedvirkning som idealer og brukervedvirkning i praksis. Historiene er hentet fra praksisfeltet, mens spørsmålene forsøker å knytte historiene til teoretiske idealer. Når vi spør hvilke former for brukervedvirkning som er relevant i de ulike historiene, er hensikten å få leserne til å reflektere rundt forholdet mellom teori og praksis.

Vi har forsøkt å vise at brukervedvirkning kan praktiseres på ulike måter og på ulike nivåer. Når vi snakker om brukervedvirkning som et maktforhold, blir møtet mellom praksis og ideal et spørsmål om hvor mye makt man kan og bør gi brukerne. Brukervedvirkning kan også dreie seg om at brukerne medvirker med sin kunnskap og kompetanse. Da blir praksis et spørsmål om hva slags kunnskap brukerne sitter på og hvordan vi kan benytte oss av den. Brukervedvirkning som myndiggjøring angår spørsmålet om i hvilken grad vi kan ta for gitt at brukerne har de ressursene som skal til for å styre sitt eget liv og bestemme over seg selv og sitt tjenestetilbud. Når er det nødvendig å bevisstgjøre brukerne, styrke eller myndiggjøre dem? Brukervedvirkning som ansvarliggjøring leder videre til spørsmålene om hva vi kan forvente av brukerne, og hva som er brukernes ansvar.

Det utfordrende arbeidet med å bistå brukere i myndiggjøring – for eksempel utviklingshemmede og mennesker med demens – er fremfor alt avhengig av kompetanse. Slikt arbeid må oppfattes som faglig og etisk interessant og det må eksistere rammer som gjør det mulig å arbeide meningsfullt med det. Forutsetningen for dette er levende fagmiljøer som motiveres av brukernes erfaringer. Essensen i arbeidet med å tilpasse tjenestene til enkeltpersoner er å skape felles forståelse og å koordinere den praktiske oppfølgingen. Dette er avgjørende når tjenestene involverer langvarige, mangfoldige relasjoner, mange tjenesteutøvere og mange ulike organisatoriske nivåer. Brukervedvirkning handler ikke om å undervise tjenesteutøverne i henhold til manual-

kunnskap, men å utnytte muligheten til å mobilisere faglige interesser; ikke bare blant enkeltpersoner i personalet, men som en kollektiv prosess. Muligheten for å realisere dette avhenger av at det er en prioritert oppgave i alle ledelsesfunksjoner.

Brukervedvirkning forutsetter nærvær av brukerens egen stemme. Derfor er det vesentlig at det finnes arenaer der brukernes erfaringer faktisk får komme til uttrykk, at brukeren kan spille en reell rolle, og ikke minst at det finnes organisatoriske mekanismer som sikrer at brukererfaringer og brukersynspunkt faktisk følges opp. Brukeren skal med andre ord bli et reelt korrigerende element. Derfor må brukererfaringer høres på flere organisatoriske nivå samtidig. Brukererfaringer er nært knyttet til etikk, men også til faglighet, ledelse, økonomi og politikk. Brukererfaringene må bli systematisk oversatt til alle de dominerende samtaler og forståelsesformene som råder i organisasjonen. Brukerne er den svakeste part og kan bare sjelden foreta korrigeringer i kraft av sin selvstendige tyngde og makt.

En viktig målsetning med dette heftet er at det skal stimulere til refleksjoner rundt hvordan brukervedvirkning best kan ivaretas i praksis. Det er viktig at brukervedvirkning blir et begrep som gir mening på flere nivåer, og at arbeidet med brukervedvirkning i praksis bidrar til økt kvalitet i helse- og omsorgstjenestene.

© 2011 KS – Kommunenes Interesse- og Arbeidsgiverorganisasjon

Forfattere: Telemarksforskning ved Heidi Haukelien, Geir Møller og Halvard Vike
KS redaksjon: Pernille Næss og Kari Hesselberg

Design og produksjon: 07 Oslo AS
Illustrasjoner: Marit Jørgensen, 07 Oslo AS
Opplag: 1500





KS, Kommunesektorens Interesse- og Arbeidsgiverorganisasjon
Haakon VII gt. 9 Postboks 1378 Vika 0114 Oslo
Telefon 24 13 26 00 www.ks.no