

# **INNHOLDSFORTEGNELSE**

<b>1.0 Introduksjons</b>	1
<b>2.0 Problemstilling og hensikt</b>	5
<b>3.0 Teori</b>	6
3.1 Psykisk helsearbeid	6
3.2 Psykisk lidelse	7
3.3 Ulike tilnærminger til brukermedvirkning	7
3.4 Nettverksteori	11
3.5 Nærhetsetikk	13
3.6 Diskursetikk	14
<b>4.0 Metode</b>	15
4.1 Design	17
4.2 Utvalg	18
4.3 Datainnsamling	19
4.5 Analyse	20
<b>5.0 Resultater</b>	21
5.1 Brukermedvirkning og fag	23
5.2 Brukermedvirkning på ulike arenaer	29
5.3 Brukermedvirkning og utfordringer	34
<b>6.0 Diskusjon</b>	42
<b>7.0 Avslutning</b>	46
<b>Referanser</b>	46
Vedlegg antall 2	

## 1.0 INTRODUKSJON

Brukermedvirkning har i de siste årene fått mye oppmerksomhet, i ulike reformer, og planer. Opptrappingsplanen psykisk helse (1999-2006) viser til at på individ nivå og systemnivå i videre utforming av tjenestetilbudet til mennesker med psykisk lidelse er medvirkning fra brukerne nødvendig og verdifull.

Interessen min for brukermidvirkning har utspring tilbake til sent 80 tallet, da jeg som miljøarbeider arbeidet i et bofellesskap for mennesker med ulike hjelpebehov. Vi arrangerte husmøter med beboeren, hvor det ble tatt beslutninger i fellesskap. Beslutning om neste ukes meny, rengjøring for å nevne noe. Det var med å forme min interesse for brukernes perspektiv som ung hjelper. Dette bofellesskapet var et selveie bofellesskap, med tre likeverdige parter. Hvor vi som kommunale hjelpere, sånn sett var gjester i deres hjem. Min forforståelse til tema for denne studien om brukermidvirkning, er sett fra tjenesteyters side. Min fortid som ansatt i bofellesskap har gitt meg erfaring om samarbeid med brukere Jeg innehar i dag en administrativ stilling som avdelingsleder for seks bofellesskap for mennesker med psykisk lidelse, og er av den grunn opptatt av brukermidvirkning generelt og hvordan det kommer til uttrykk på en arena som bofellesskap.

Ser vi på dagens situasjon viser følgeforskningen til opptrappingsplanen at en viktig del av opptrappingsplanens fundament har vært brukermidvirkning, evalueringsrapportene viser likevel at det er et stykke igjen i kommunene for å nå intensjonene til opptrappingsplanen, om å styrke brukerens stilling. ( Brofoss, og Larsen, 2009, Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse 2001-2009).

Brukermedvirkning har i følge Brofoss og Larsen (2009) fått en mer sentral plass planperioden fått en mer sentral plass, men rapporten peker på at det gjenstår store utfordringer på området. Evalueringen viser imidlertid til en registrerbar økning i brukermidvirkning på individplan. Rapporten viser videre på at på nivåene, kommunalt, fylkeskommunalt og nasjonalt her finnes det fremdeles liten kunnskap om innholdet og effekten av brukermidvirkning.

Kunnskapsgrunlaget på dette området beskrives som relativt spinkelt, dette medfører at brukerdeltakelse på utforming av behandlingsnettverket, og tilbudet som gis vanskeliggjør å si noe om effekten av den brukerdeltakelsen som har vært og er.

Denne forskningsbasert evalueringen av opptrappingsplanen for psykisk helse viser til noen av hovedfunnene; opptrappingsplanens kvantitative mål er langt på vei nådd. Helsetjenestenes

årsverk er i perioden økt betydelig. Totalt med 4376 nye årsverk. Boligtilbudet er økt med nær 3000 nye boliger for mennesker med psykisk lidelse.

### *Bolig*

Å skaffe seg en bolig er vanligvis den enkeltes ansvar. Det er ikke lovhjemlet at kommunen har en plikt til å skaffe bolig. Det er imidlertid slik at Sosialtjenesteloven § 3-4 skal hjelpe, medvirke til at personer som på grunn av sin funksjonshemming ikke kan ivareta sine interesser på boligmarkedet skal kunne ha mulighet til å skaffe seg en bolig. Ser vi nedbyggingen av institusjonsplasser i de siste årene vil personer som har tilbrakt mange år av sine liv på institusjon ha behov for hjelp til å skaffe seg en bolig. (St.meld .25, 1996-97). Det anbefales ulike boformer for mennesker med psykisk lidelser. En bolig som er tilrettelagt for denne gruppen kan være bofellesskap, eller en selvstendig bolig som inngår i den ordinære boligmassen eller boliger som er samlokalisert. En ordinær bolig er det de fleste mennesker foretrekker men for noen vil, behov for tjenester varierer fra helsehjelp til enkelttjenester. I veileder til psykisk helsearbeid for voksne i kommunen anbefales det at boliger til mennesker med psykiske lidelser ikke skiller seg ut fra den øvrige boligmassen. Det beskrives også at å bo sammen med andre kan ha en positiv effekt med fellesskap og støtte, men at en slik boform også kan representere belastning og virke som en stressfaktor i den enkeltes liv. (Veileder psykisk helsearbeid for voksne i kommunene 2005).

### *Bistand*

Behov for bistand i boligen til mennesker med alvorlige og langvarige psykiske lidelser vil ofte være tilstede i større eller mindre grad. Områder som hjelp til å lære eller opprettholde dagliglivets rutiner for den enkelte ses på som viktige områder for bistand i bolig. Likeledes ses behovet for menneskelig kontakt og aktivisering som viktige områder i det boligsosiale arbeidet i arbeidet (St meld 25, 1996-97). Slike tjenester må ta utgangspunkt i hver enkelts behov og ønsker for hvordan de vil leve livet sitt. Selvbestemmelse er en grunnleggende verdi og det vektlegges at brukerens rett til selv å bestemme (St.meld.nr 25, 1996-97).

### *Tjenestetilbud*

*”Tjenestene må ytes med utgangspunkt i hva brukerne ”ønsker med livet sitt”. Brukernes rett til selvbestemmelse er grunnleggende, og ansatte må ta hensyn til at de har andres hjem som hjelpearena. Hjelperens tenkning bør være orientert mot styrke og resurser, og basert på et*

*verdisyn som innebærer at alle skal gis mulighet til å ha ansvar for seg selv og bestemme hva slags liv de vil leve. Fagfolkene må ivareta brukerens rett og mulighet til å delta” (Veileder psykisk helse for voksne i kommunen. 2005, s. 14)*

Opptappingsplan for psykisk helse (1999-2006) er regjeringens plan med konkrete forslag for å styrke det psykisk helsevern i Norge. Det stilles krav om at utgangspunktet til tjenesteyter og det tilbudet som gis til enhver tid skal bygges på metoder som er faglig anerkjent. Denne planen uttrykker at målet med tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser blant annet må være å fremme evnen til å mestre eget liv. Brukerperspektivet står sentralt i opptappingsplanen. Tjenester til mennesker med langvarige og alvorlige psykiske lidelser skal, som det i Stortingsmelding nr.25 (1996-97) påpekes, ytes på brukernes premisser. Pasientens/brukerens løsningsforslag, behov og ønsker skal være styrende for samarbeidet mellom bruker og helsetjenesten. Brukeren skal ha innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet. St. mld nr 25 (1996/97). ”Åpenhet og helhet” brukes ordene normalisering, integrering og brukervedvirkning. Brukerperspektivet står sentralt i planen. Den uttrykker blant annet at et av målene er: å skape et helhetlig og sammenhengende behandlings nettverk, der brukerperspektivet hele skal stå i fokus

Et viktige fokusområder i arbeid med organisering og ledelse i kommunene, blir videre presentert i St.meld.nr.47. (2008-2009). I Samhandlingsreformen er et av de mest grunnleggende moment i denne reformen er å gi kommunene en ny fremtidig rolle. ”*Behovet for mer systematisk organisering av brukervedvirkning*”( St. meld.nr.47, 2008-2009, s.140). Den sentrale plassen brukerperspektivet har i offentlige dokumenter legger vekt på brukernes evne til å mestre egen helse, og understøtter at det er en av hovedkonklusjonene i reformarbeidet. Dette fordrer aktiv deltakelse fra brukeren selv, både på individnivå og i arbeidet med å organisere tilbudene. Det trekkes frem at brukerutvalg i helseforetakene har på systemnivå gitt brukerne medinnflytelse. Denne form for brukervedvirkning sees som nødvendig å utvikle i kommunene (St.meld. nr 47 2008-2009).

#### *Bofellesskapenes virksomhetsplan*

Gjennom samarbeid med kommunen har jeg fått tilgang på virksomhetsplan fra to ulike bofellesskap Dokumenter fremhevet at tjenestene til beboerne skal tilpasses den enkeltes behov. Videre at den enkelte beboeres tjenestetilbud skal være styrt ut fra beboerens resurser

og behov. Brukerne skal få hjelp til å oppleve selvstendighet og få økt evne til å mestre sitt eget liv. Ord som likeverd og respektfull behandling av beboerne trekkes frem i dokumentene. Det ene dokumentet har et eget punkt om at de ansatte skal opptre som beboerens advokat i alle forhold som angikk dem. I dette dokumentet er det et eget punkt som omhandlet husmøte. Det skal avholdes 1 gang i måneden. De pårørende skal møtes positivt og med en inkluderende holdning. Videre nevnes flere ganger at målsetning er å gi den enkelte et verdig liv som innebærer at den enkelte beboer får bistand til å dekke sine grunnleggende behov styrke beboerens egne resurser hjelp til å strukturere hverdagen

Et utdrag blir her punktvis presentert:

- Forutsigbarhet: Beboerne skal få et forutsigbart tilbud i bofellesskapet.
- Trygghet: Beboerne skal oppleve bo tilbudet som trygt.
- Respekt: Beboerne skal møtes med respekt.
- Grunnleggende behov: Beboerne skal få hjelp til å få dekket grunnleggende behov.
- Selvstendighet: Beboerne skal få hjelp til å oppleve selvstendighet.
- Mestring: Beboerne skal få hjelp til øke sin evne til å mestre sitt eget liv.
- Likeverd: Beboerne skal møtes med en likeverdig holdning.
- Inkluderende: Beboeren, samarbeidsparter og pårørende skal møtes med en inkluderende og positiv holdning.
- Ansvarsgruppe: Beboerne skal få tilbud om ansvarsgruppe.

De pårørende skal møtes positivt og med en inkluderende holdning. Videre nevnes flere ganger at målsetning er å gi den enkelte et verdig liv som innebærer at den enkelte beboer får bistand til å dekke sine grunnleggende behov styrke beboerens egne resurser hjelp til å strukturere hverdagen. I følge Kristoffersen (1998) søker helsevesenet allianser med pårørende i økende grad. Utefra det perspektivet å kunne behandle pasientene i et helhetlig og langsiktig perspektiv. Han beskriver dette samarbeidet som et tveegget sverd for de pårørende, dette samarbeidet kan oppleves positivt, men kan også bety at de pårørende får større et ansvar for den syke.

## **2.0 PROBLEMSTILLING OG HENSIKT**

De teoretiske perspektivene og den metodiske tilnærmingen som er valgt vil danne grunnlaget for denne studien. Jeg har forsøkt å formidle ansattes erfaringer og opplevelser med brukermedvirkning i deres arbeidshverdag, I bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser. På bakgrunn av de sentrale føringer som har vært i forhold til brukermedvirkning i psykisk helsefeltet og relativt lite forskning på område valgte jeg å undersøke hvordan offentlige plandokumenter implementeres i praksis. Konkret ønsket jeg å undersøke begrepet brukermedvirkning sett fra tjenesteyters side. Hvordan kommer dette til uttrykk i deres arbeidshverdag i bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser. Fokusområde for denne studien er begrenset til å angå ansatte som arbeider i døgnbemannede bofellesskap for denne gruppen.

Problemstilling for denne studien er følgende:

*Hvordan opplever og erfarer ansatte i bofellesskap begrepet brukermedvirkning*

### **3.0 TEORETISK FORANKRING**

I dette kapittelet vil jeg presentere begrepene psykisk helsearbeid og psykiske lidelse. Videre blir begrepet empowerment og ulike tilnæringer til brukermedvirkning bli presentert. Tilslutt i dette kapittelet vil nettverksteori av Seikkula, nærhetsetikken av Løgstrup og diskursetikken bli presentert.

#### **3.1 Psykisk helsearbeid**

Psykisk helsearbeids kompetansegrunnlag omfatter holdninger, verdier og ferdigheter, kunnskapsgrunnlaget for faget er basert på at psykiske lidelser kan forstås på ulike måter. I fagplanen blir psykisk helsearbeid beskrevet som et paraplybegrep som rommer mange ulike teorier, behandlingsmåter og praksisformer på ulike nivåer og i forskjellige virksomheter. I utdanningssammenheng erstatter psykisk helsearbeid de fra før fagspesifikke videreutdanningen i psykiatrisk sykepleie, psykiatrisk sosialt arbeid og psykosomatisk og psykiatrisk fysioterapi (Fagplan videreutdanning psykisk helsearbeid) utdanningen som fører frem til psykisk helsearbeider er nå en tverrfaglig utdanning og har som et klart mål å utvikle kandidatens kompetanse til å samhandle, samarbeide både tverrfaglig og tverretatlig. En psykisk helsearbeider skal ha kunnskap om, anerkjenne og kunne gjøre seg bruk av andre faggruppers kompetanse i et forpliktende samarbeid og utvikle sin evne til kommunikasjon og samhandling på tvers av faggrupper og nivåer. Dette viser at det ligger sterke føringer i rammeplanen på at samarbeidskompetansen skal styrkes hos kandidatene.

Slik ser vi at utdanningsinstitusjonenes mål om å utvikle studentenes kompetanse på disse feltene, har klare forbindelseslinjer med hva det etterspørres av kompetanse i fagfeltet. Tverrfaglighet som begrep i ”menneskebehandling” organisasjoner er ifølge Lauvås (1998) med på å forsterke inntrykket av at klienten får en helhetlig behandling av høy kvalitet. Begrepet gir også assosiasjoner til at arbeidsmiljøet er spennende og åpent for de ansatte. Lauvås viser til at begrepet tverrfaglighet må sees i sammenheng med hvordan det moderne samfunn er blitt så sektorielt og at kunnskapen så spesialisert at helheten og sammenhengende er blitt vanskelig å håndtere. (Lauvås 1998).

### 3.2 Psykisk lidelse

I en tradisjonell sykdomsmodell er hensikten å forstå problemene mer presist og måles i diagnostiske systemer. Dette hjelper oss å holde orden og lage systemer, som fremelsker det reduksjonistiske. Modellen blir av Haugsgjerd (2002) kalt ”maskinfeil” modellen. Det kan virke mer håndterlig når man tar utgangspunkt i diagnoser. I motsetning til om utgangspunktet er livsbelastninger, som opplevd smerte og kompliserte samspill. I følge Strand (2002) er det et stadig tilbakevendende spørsmål om *nature or nurture*. Vider beskriver hun at i dag innen fagfeltet eksisterer en sammensatt forståelse av medfødt disposisjon, ulike traumer og stress samt oppvekstvilkår som kan være medvirkende årsaker til at noen mennesker utvikler alvorlige psykiske lidelser.

I stortingsmelding nr 25 (1996-97) legges ulike perspektivet til grunn for hvordan en psykisk lidelse kan forstås og behandles. I det sosialpsykiatriske perspektivet vil bolig og bo forhold å være sentrale faktorer i et biologisk perspektiv vil diagnose være en sentral faktor. (St.meld. nr 25,1996-97).

*”En person som har opplevd behov for helsetjenester og som kommer i kontakt med eller oppsøker helsetjenesten for å få råd, hjelp til å bli frisk eller bli friskere, få pleie, bli smertefri eller til å bedre funksjonsevnen”* (Vatne, 1998, s. 34).

### 3.3 Ulike tilnærminger til brukervedvirkning

Askeheim (2000) introduserer prinsipper for bevisstgjøring i sin bok omsorgspolitiske endringer. Askeheim(2000) referer til Gutiérrez som hevder at det er viktig å gå konkret frem for å få til bevisstgjøringsprosesser hos brukere. Han beskriver at utvikling av troen på brukers egen evne til å skape og påvirke begivenheter i eget liv i dette ligger at brukeren kan utvikle følelsen av personlig styrke og videre utvikle den enkeltes evner til å handle og ta initiativ. Askeheim viser til at det i liten grad er utviklet konkrete metodiske tilnærminger innen empowermenttradisjonen. Han beskriver Gutierrez metodiske prinsipper som den profesjonelle må legge til grunn i sin tilnærming. Den profesjonelle må akseptere klientens egen definisjon av problemet. Videre må den profesjonelle kommuniserer med brukeren at ved en slik aksept er det brukeren som kan forstå og identifisere situasjonen. Ved en slik tilnærming vil brukeren kunne oppnå en følelse av kontroll og makt i relasjonen mellom han og hjelperen. Klientens sterke sider nå identifiseres og bygges på av den profesjonelle når den profesjonelle har en slik



tilnærming, vil brukerens funksjonsnivå og årsakene til at vedkommendes funksjonsnivå være styrende for arbeidet. Den profesjonelle må involvere seg i en maktanalyse av klientens situasjon i et slikt perspektiv må den profesjonelle først søke å identifisere, analysere hvordan denne følelsen av maktesløshet virker på livssituasjonen for den enkelte bruker. Dernest må den profesjonelle identifiserer brukerens muligheter til å oppnå mer styring og makt over eget liv. Dette krever at den profesjonelle er i stand til å forstå sammenhengen mellom strukturelle forhold og maktforhold i samfunnet og den enkelte brukers personlige situasjon.

- *Akseptere klientens definisjon av problemet å akseptere klientens definisjon av problemet*
- *Kunne identifisere og bygge på sterke sider hos brukeren*
- *Involvere seg i en maktanalyse*
- *Identifisere muligheter til å oppnå mer styring og makt over eget liv*

Gutires ( Askheim, 2002).

Det å kunne lære bort ferdigheter er sentrale faktorer i dette perspektivet. Skal den enkelte bruker kunne utvikle egne resurser og ha mulighet for kontroll over sin egen livssituasjon sees dette som et virkemiddel i en slik prosess. Det er spesielt viktig at rollen den profesjonelle har som samarbeidspartner og rådgiver blir opprettholdt. Går den profesjonelle inn i instruktørrollen vil det kunne være med å reetablere de tradisjonelle maktforhold mellom den som mottar en tjeneste og tjenesteyter. (Askheim, 2000). Sunniva Ørstadvik sier at dersom forholdet mellom diagnose og behandling blir mindre, kan det være lettere å invitere til medvirkning og deltakelse av brukerne (Ørstadvik i Nordvoll, 2002).

Empowermenttradisjonen har tradisjonelt tolket individets erfaringer inn i en samfunnsmessig kontekst. Det vil være viktig å bringe med seg den humanistiske tankegang. Respekten for den enkelte bruker og at den profesjonelle har en positiv og lyttende tilnærming. I et slikt individorientert perspektiv vil den profesjonelle arbeide for at brukeren skal få et tilbud som han ønsker seg, og som er optimalt for brukeren. Askheim viser til at empowermnt perspektivet ikke må utelukke den enkeltes evne til å medvirke og mobilisere egne resurser. Samtidig som den profesjonelle har rolle som tals person for tjenestebukeren Askheim (2000) beskriver videre ulike måter å se maktbindinger på og refererer til Solomon som skiller mellom indirekte og direkte maktbindinger. De indirekte formidles gjennom

betydningsfulle andres påvirkning i den enkeltes liv. Det er da deres holdninger og oppfatninger som annekteres som en del av den undretryktes personlighet. De direkte er strukturelle ytre forhold som er med å påvirke den enkeltes liv. I et slikt perspektiv vil en viktig rolle for den profesjonelle være å lete etter, og identifisere forbindelser mellom det politiske og det personlige. I denne måten å være profesjonell på er det også viktig å se på seg selv og om den rollen vi som profesjonelle kan medvirke til undertrykking (Askheim, 2000).

Bø og Tomassen (2007) beskriver ulike nivåer og ulike begrunnelser for brukervedvirkning. Demokrati og menneskerettig brukervedvirkning kan sees i et demokrati perspektiv i dette ligger elementer om at borgerne selv definerer hvordan fellesgoder kan fordeles og at folket selv bestemmer hvem som skal inneha makt og hvordan utøvelsen av makten skjer. I et slikt perspektiv står valg sentralt. Stemmeretten brukes av borgerne til å velge representanter til politiske partier ved for eksempel stortingsvalg. Bø og Tomassen (2007) ser på brukervedvirkning som en kanal for direkte demokrati, hvor brukerne av tjenester på denne måten kan være med å utforme og bruke sin påvirkningskraft til å få innflytelse over tjenester som brukeren mottar.

Brukermedvirkning på individnivå baserer seg på at den enkelte bruker selv skal ha mulighet til å øve innflytelse og samtidig være en aktiv deltaker i prosesser som gjelder den enkeltes tjenestetilbud. Brukermedvirkning på et overordnet nivå hvor brukerorganisasjoner og den enkelte bruker kan være med å medvirke og påvirke utformingen av psykisk helsetjenester. Mental helse og landsforeningen for pårørende er eksempler på slike organisasjoner som arbeider blant annet på systemnivå for å sikre kvalitet og innhold i tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Bø og Tomassen (2007) tar til orde for at i fagutvikling og forskningssammenheng bør brukerorganisasjonene og den enkelte bruker være mer sentralt. Bruker spør bruker (BSB) er en metode som er utviklet med tanke på at ”den som har skoen på” vet hvor muligheter til utvikling og forbedring kan være. Samtidig som brukerne av de ulike tjenestene gis en reell mulighet for å være med å utvikle tjenestene. (Bjørngen og Westlund 2006). I forskningssammenheng pekes det på at brukere og brukerorganisasjoner bør være med i forskningsprosjekter, og fagutviklingsprogram.

Ser vi brukervedvirkning i et kvalitetsperspektiv vil utviklingen av gode tjenester til mennesker med psykiske lidelser vil brukeren sitt perspektiv på tjenesteutviklingen være verdifull. I bruker spør bruker undersøkelsen i Stange kommune var dette et av de bærende prinsipp i prosjektet. (Bjørngen og Westlund 2006). Brukermedvirkning kan også sees på i et

terapeutisk perspektiv. I et slikt perspektiv vil det at brukeren gis muligheter til aktiv deltakelse i endringsarbeidet mellom hjelper og hjelpsøker. Vil det kunne øke mestringspotensiale hos den enkelte, som igjen kan være et viktig element i den enkeltes tilfriskningsprosess.

Brukermedvirkning kan også forstås i kunde, marked og forbruksperspektiv. Brukeren sees på som kunde av tjenester og valgfriheten for den enkelte bruker økes. Fritt sykehusvalg er et eksempel på en slik markedstilpassning. I en slik kunde og markedstenkning kan økonomiske prinsipper ligge til grunn ved at den enkelte gis muligheter til å velge selv. Det kan i neste rekke føre til at de svakeste av brukerne ikke får et optimalt tjenestetilbud (Alvsvåg Tanche-Nilsen, 1999). Oppsummert kan Bø og Tomassens (2007) ulike perspektiver å se på brukermedvirkning fremstilles slik:

- Demokrati perspektivet
- Kvalitetsperspektiv
- Behandlingsperspektiv
- Kunde og forbruksperspektiv

I Begrepet brukermedvirkning ligger en oppfatning om at forholdet mellom hjelper og mottaker må endres. Brukeren må selv definere hva han trenger av hjelp og på hvilken måte hjelpen skal gis. Det at brukeren selv, uten vår hjelp definerer sitt hjelpebehov handler om å gi fra seg makt. Empowerment er vanligvis assosiert med enkeltpersoner og gruppers frigjøring med hensyn til selvaktelse og bedre mestring av eget liv. Empowerment er derfor som brukermedvirkning et demokratisk fenomen som forutsetter omfordeling av makt og utvikling av sosial rettferdighet (Vatne, 1998). Brukermedvirkningsbegrepet blir fremstilt som et samlebegrep med et svakt teorigrunnlag (Vatne, 1998, s.9). Brukeren har makt til å ikke ønske dette samarbeidet ifølge Vatne (1998) vil det i en samarbeidende relasjon dreie seg om å dele makt, slik ser vi at både bruker og ansatte må dele makt. Brukeren må gi hjelperen makt til å komme i relasjon og hjelperen må gi brukeren makt til å definere sine hjelpebehov. Brukermedvirkning kan ofte gi assosiasjoner om at denne medvirkningen foregår på et individnivå, mellom hjelperen og hjelpsøker. Men Vatne refererer til at brukermedvirkning omfatter også et systemperspektiv.

- Omfordeling av makt
- Relasjon mellom hjelper og hjelpsøker
- Samarbeid
- Retten til å ikke ønske hjelp sjekk sidetall

### 3.4 Nettverksteori

vil jeg presentere teori fra Seikkula (2000) som i sitt arbeid med psykisk lidelser blant annet legger vekt på samarbeid mellom bruker, nettverket til brukeren og hjelperen. Deretter presenterer jeg etiske teorier fra Løgstrup og Levinas da jeg mener de bidrar med sentrale tanker om brukermedvirkning.

Nettverkssentrert arbeid gir en mulighet for å integrere de ulike hjelpemetodene som ansatte representerer og som eksisterer rundt brukeren. Ulike fagfolk og brukeren ned sitt nettverk danner et saksorientert samarbeidssystem, et slikt system kalles igjen for et grensesystem.. Systemverden trenger ikke og kontrollerer klientens livsverden, men de kan etablere et innbyrdes forhold. I arbeidet med brukere blir vi som hjelpere en del av dette grensesystemet. Seikkula legger imidlertid vekt på at alle er likeverdige parter. En jevnbyrdig dialog innebærer at brukeren blir subjekt i sitt eget liv og ikke et objekt for en eksperts arbeid (Seikkula, 2000). Dette er et viktig utgangspunkt i hjelpearbeidet, ved å arbeide nettverkssentrert gir det oss muligheter for å integrere de ulike hjelpemetodene som eksisterer rundt brukeren. Viktigheten av å være tilstede sammen med brukeren og nettverket legges til grunn for denne måten å arbeide på. Slik blir alle hjelpemetodene vektet likt og får like stor betydning for brukerens totale situasjon. Det er brukerens totale situasjon som må stå i sentrum i en nettverksbasert måte å arbeide på. Et slikt samarbeid innebærer at problemløsning ikke lenger er en offentlig etats ansvar, men en prosess med felles delt ansvar (Seikkula, 2000). I en slik praksis vil det å tre ut av rollen som profesjonell i tradisjonell forstand, og tre inn i en profesjonell rolle som innebærer at vi må gi uttrykk for våre faglige synspunkter og personlige frustrasjoner. Det å våge å komme med personlige ytringer og uttaler er en forutsetning for å kunne skape dialog (Seikkula, 2000).

I en slik praksis er det viktig at alle parter kan utholde den uløste situasjonen. Vi må tåle å stå i disse usikre situasjoner sammen med brukeren og han eller hennes nettverk. Viktigheten av å sammen kjenne på en felles opplevelse av håpløshet som kan oppstå. Det er her mulighetene til å tenke nytt, nye innfallsvinkler, perspektiver kan komme, om vi utholder håpløsheten

sammen. Slik beskriver Seikkula (2000) hjelperollen. Profesjonelle ofte en tendens til å være løsningsfokuserte for tidlig i problemløsningsprosessen. Fagfolk har en tendens til å konkurrere om løsningsforslag for problemet. Det kan oppstå en sirkel hvor alle foreslår nye løsninger. En felles opplevelse av maktesløshet kan muliggjøre og bryte dette (Seikkula, 2000). Som profesjonell i en slik tradisjon vil en ikke inneha ekspertrollen, men rollen vil være preget av at en er igangsetter og fungerer som katalysator, videre å stimulere til refleksjon i følge Seikkula.(2000). I nettverksorientert metode som Seikkula (2000) beskriver Batesons(år) definisjon på kommunikasjon som, det som foregår når vi sender og mottar et budskap. Videre at når to eller flere er sammen, er all adferd kommunikasjon. I det ligger både det digitale ord, lyder, setninger. Det analoge budskapet som er alle ikke verbale signaler. Kroppspråket er analogt språk. Betegnelsen på det å snakke om hvordan vi har det sammen er meta kommunikasjon, kommunikasjon om kommunikasjonen som setter en ramme for samtalen (Seikkula, 2000). Videre er Seikkula (2000) opptatt av begrepet kommunikasjon og Vygotskys(år) teori om kognitiv utvikling inneholder begrepene indre og ytre tale, den ytre tale blir en indre tale, refleksjon, tenkning. Disse begrepene er sentrale i nettverksbaserte arbeidsmåter. (Seikkula, 2000). I denne tradisjonen å arbeide peker Seikkula (2000) på at de profesjonelle må være trygge i sin rolle.

Virginia Satir er en pioner innen familierapi tradisjonen i USA, har formulert det slik om kommunikasjon og kontakt:

*”å skape kontakt er ikke et spørsmål om å få snøret i bånd og deretter leve lykkelig. Det er ærlige forsøk på å dele det som er viktig for mennesker, og mellom mennesker (Satir, 1993, s.12)*

Med et slikt perspektiv på kommunikasjon og kontakt viser hun at det er en pågående prosess mellom mennesker å skape og opprettholde kontakt mellom mennesker.

Etisk bevissthet er evnen til å reflektere over spørsmål om moral og verdier. Hvordan vi oppfatter hva som står på spill og hvordan vi handler i situasjoner. Tranøy (1991) beskriver at etikken er en disiplin som ikke skiller mellom hverdagslivets etikk så vel som den akademisk-filosofiske etikken. Etikken er en tverrfaglig kompetanse som han beskriver som etisk kompetanse (Tranøy, 1991). Videre skille han mellom to grunnbegreper etikk og moral. Han viser til at mens moralen er noe vi bruker om beskrivelser for om noe er godt eller dårlig eller rett eller galt i de praktiske handlingsliv. Er etikken gjerne beskrivende for et mer systematisk og gjennomtenkt moralsk standpunkt (Tranøy, 1991).

### 3.5 Nærhetsetikken

I nærhetsetikken er hovedtanken at mennesket sees på som et sårbart vesen. I et slikt perspektiv vil det moralske ansvar for den andre ligge til grunn for våre handlinger. Nærhetsetikken bygger på en hensyntaken til den andre.

Løgstrup utvider vår forståelse ved å peke på at ingen lever for seg selv alene, og at vi alle er dypt avhengige av hverandre. Vi holder alle litt av et annet menneskes liv i våre hender og har i ulik grad makt over hverandre (Løgstrup, 1999). En fordring om å handle rett i det ligger et krav og en bønn om at en skal ta vare på den andre. (Andersen og Karlson, 2001). I denne fordring kan en tenke seg at som hjelper skal man ikke unnlate å tilby hjelp til brukeren selv om han eller henne ikke viser synlig at behovet for hjelp er der, eller ber om hjelp. I dette ligger utfordringer når det gjelder å vise hensyn og respekt for brukerens ønsker om hvordan hans hverdag skal være.

Løgstrup er relasjonell i forhold til dialogen. For å komme i dialog med en annen person og starte prosessen med å bygge relasjon må den ene parten ta et initiativ. Løgstrup sier videre at for at en dialog skal komme i stand er det ikke tilstrekkelig at en person tar et initiativ og våger seg frem. Det må også være en person som responderer og som i sin tur kommer den andre i møte. Løgstrup opponerer mot en lang filosofisk tradisjon som tar til orde for at menneskets drivkrefter er frykt, mistilitt og egoisme. Løgstrups etiske fordring den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre uten at han holder noe av den andres liv i sine hender. Om makt sier Løgstrup *"Makt er et allestedsnærværende fenomen givet vår innbyrdes afhængighed"* (Andersen og Karlson, 2001, s. 118).

Løgstrup påpeker at i selve møtet, ligger noe som kan tilskynde spesielle måter å møte et menneske på. Han kaller dette livsytringer, spontane og suverene. Med disse spontane livsytringer menes tillit, kjærlighet, barmhjertighet, troskap ærlighet, og talens åpenhet.

Suverene livsytringer innebærer at de har overtaket på oss, vi handler dermed godt mot den andre og slik forløses situasjonen der og da (Bø og Tomassen, 2000).

Nærhetetikkens filosofi er at vi er utlevert og avhengige av hverandre. Dette gir stor sårbarhet.

Vi er ”nakne” og overgitt i andres hender: *”moralens fordring vokser frem av avhengige og sårbare vesenes behov for ivaretagelse”* (Henriksen, 2000, s. 205).

### **3.6 Diskursetikk**

En etikk hvor alle parter kommer til orde i en diskurs med tanke på å komme frem til enighet, konsensus er selve grunntanken i diskursetikken. Teorien kan betraktes i lys av å løse interessekonflikter av moralsk karakter og gjennom en fornuftig diskurs komme frem til gyldige normer. Konsensus er grunntanken i diskursetikken og ved at alle parter kommer til orde gjennom en oppriktig og åpen dialog. (Eide og Eide, 2008) diskursetikken er moralske normer gyldige om alle parter som blir berørt eller kan bli berørt av disse er enige om at de er gyldige. Habermas teori om den herredømmefri dialogen kan sees i lys av diskursetikken. Den herredømmefri dialogen preges av åpenhet. Kommunikasjonsteorien til Habermas tar til orde for å se det som er åpenbart og høre det selvsagte. Med et slikt utgangspunkt vil det hjelpe oss til å reflektere og oppdage det som lett kan taes for gitt. Bak en slik tenkning som diskursetikken bringer inn er likeverdighet mellom partene og respekten for den enkelte viktig. Videre kan betydningen av et slikt dialogisk perspektiv som diskursetikken fordrer hvor alle parter bringes inn og kommer.

Ved hjelp av diskursetikken kan viktige forutsetninger for etisk kommunikasjon hvor en åpen kommunikasjon er en viktig forutsetning kunne virke dempende på hvilken effekt maktposisjoner kan ha. Diskursetikken bygger på en åpen kommunikasjon mellom partene og gjennom en herredømmefri dialog kan grunnlaget for ny kunnskap vokse frem og perspektiver kan utvides til å se andres perspektiver. (Eide og Eide, 2008).

## 4.0 METODE

I dette kapittelet begrunnes og presenteres valget for studiens metodiske tilnærming. Studiens design blir beskrevet, videre vil utvalget beskrives. Dataskapingen og analysen følger deretter. Tilslutt blir forskningsetikk og personvern presentert.

Jeg har valgt tjenesteyters perspektiv på brukermedvirkning i denne studien. I det følgende kapittel er det deres erfaringer og opplevelser som fokus for denne studien. I mitt materiale har jeg innhentet empiri fra ansatte i tre ulike bofellesskap for mennesker med psykisk lidelse. Disse tre bofellesskapene har vært drevet i ulikt antall år, det eldste bofellesskapet var seks år. Det sist etablerte bofellesskapet hadde vært i drift i halvannet år. I alle tre bofellesskapene var det bemanning som arbeidet i en tredelt turnus. Bofellesskapene er plassert i det som kan betegnes som den øvrige boligmassen i kommunene. Det ene bofellesskap er plassert i et miljø med mange eneboliger og firemannsboliger. Et annet er plassert i et større leilighetskompleks i kommunen og skiller seg ikke ut fra utsiden fra de øvrige leilighetene som anlegget rommer. Av de tre bofellesskapene i mitt utvalg var et plassert i en kommunes eldre bydel, hvor fasaden er lik de øvrige bolighusene. Dette bofellesskapet skiller seg heller ikke ut fra den øvrige boligmassen.

som beskrevet overfor var bofellesskapene ulike sett utenfra, et integrert i et boligfelt, det andre i et leilighetskompleks mens det tredje var integrert i byens eldre bebyggelse. Ingen av de tre bofellesskapene skilte seg ut fra den øvrige boligmassen. Bofellesskapene er plassert i ulike bomiljøer og etablert i ulike år. I disse tre bofellesskapene var det fellesareal knyttet til. Det var ulike måter dette var løst på i to av bofellesskapene var fellesarealene integrert i bofellesskapet, mens i det tredje lå fellesarealene i tilknytning til leilighetene. Fellesarealene innholdt gang, felles oppholdsrom og kjøkken. I tillegg var det i alle tre bofellesskapene egne personal kontor. Og eget rom som var forbeholdt den hvilende nattevakten.

### 4.1 Design

Jeg ønsket en beskrivende og utforskende studie av begrepet brukermedvirkning. Studien har et kvalitativ design hvor fokus gruppeintervju ble brukt som metode for datainnsamling. Forskningsintervjuet i sin systematiske form, har eksistert i noen tiår, men det å innhente opplysninger, relevant kunnskap i uformelle intervjuer har til alle tider vært i bruk. Nærhet og



følsomhet til personene og dens måte å oppleve verden på kan frembringe kunnskaper som kan brukes til å forbedre (Kvale, Brinkmann, 2009). I denne studien hadde jeg som utgangspunkt et ønske om å utforske hva de ansatte i tre ulike bofellesskap for mennesker med psykisk lidelse, hadde av erfaringer og opplevelser knyttet til begrepet brukermedvirkning. Studien har en kvalitativ tilnærming, en slik metodisk tilnærming kan benyttes for å finne svar på sosiale fenomener. I følge Kvale og Brinkmann (2009) er fokusgruppeintervjuer godt egnet til å få frem ulike synspunkter om en sak. Ved å bruke det kvalitative forskningsintervjuet som metodisk tilnærming i denne studien, søker jeg å forstå verden, sett fra intervjupersonens side (Kvale, Brinkmann, 2009). Fokuset for denne studien er å få frem ansattes opplevelse og erfaringer med brukermedvirkning i deres daglige arbeid med mennesker med psykiske lidelse i bofellesskap.

Fokusgruppe intervju, er også valgt med bakgrunn i at jeg ønsket tilgang på et større materiale om tema videre er dette en metode som vil kunne gi åpne innspill, og ikke lukkede uttalelser. (Malterud, 2003). Jeg ønsket å få innspill, fra de ansatte om deres erfaringer og opplevelser knyttet til brukermedvirkning. I følge Malterud (2003) vil det å samle en gruppe mennesker til fokusgruppeintervju om et spesifikt tema kan denne metoden kunne gi mulighet til diskusjoner mellom deltakerne, og slik kan interaksjonen og dynamikken kartlegge bevissthetsgraden av et tema. Denne gruppedynamikken og samspillet kan bringe inn nye tanker, refleksjoner hos medlemmene. Denne metoden kan være en måte å få muligheter til å undersøke nærmere hva grunnlaget for deltakerens synspunkter, Meninger, erfaringer og tanker fra deltakerne i en fokusgruppe vil kunne gi dybde til tema Enkelt personer (Maltrud, 2003). Denne metoden vil også ha sine begrensninger, fokusgruppene har et begrenset antall deltakere og generalisering fra utvalget er begrenset (Kvale, Brinkmann, 2009). Ved bruk av denne metoden er det også viktig å være klar over at gruppediskusjonene som kan komme er avhengig av den gruppedynamikken som utspiller seg i den bestemte gruppen, og medlemmene av gruppen kan påvirke hvilke av hovedtemaene som det blir fokusert på. (Malterud, 2003).

Min forskningsdesign har en kvalitativ tilnærming til tema. Røttene til denne tilnærmingen hører inn under fenomenologien. Fokusgruppeintervju er en form innen akademiske intervjuer som er økende. Fokusgruppeintervju kjennetegnes av en intervjustil som betegnes som ikke styrende. Det fremtredende ved bruk av denne metoden for datainnsamling er å få frem de mange ulike synspunkter om tema/emnet som utspiller seg i gruppen under forsøket. Metoden er egnet for å finne ut hva som kan være forbedringspotensialet. (Kvale, Brinkmann, 2009).

Refleksjon over dette tema, kan føre til en mer bevisst holdning hos de ansatte. Hensikten med min studie er å studere fenomenet brukermedvirkning i praksis og for praksis, sammen med ansatte i praksisfeltet psykisk helsearbeid. Fokusgruppe skiller seg fra et tradisjonelt gruppeintervju, i slike intervju er dialogen i større grad mellom forskeren og de ulike deltakerne. I et fokusgruppeintervju legges det til rette for at dataskaping skjer gjennom at deltakerne samtaler med hverandre. Fokusgruppeintervju fremskaffer informasjon fra en gruppedynamisk prosess hvor gruppens deltakere er i en interaksjonsprosess metoden anbefales fokusgrupper i studier hvor man er særlig opptatt av holdninger, erfaringer å gjennomføre fokusgruppeintervju kan være en ressursbesparende metode for datainnsamling. Et trygt gruppemiljø og åpenhet i gruppen er vesentlig for å skape en fri diskusjon mellom deltakerne.

Forskningsintervjuet har som mål å produsere kunnskap, mitt utgangspunkt for denne studien var å lytte, observere, samtale med de ansatte for på den måten å finne ”ny kunnskap” i deres virkelighet om brukermedvirkning. Denne metoden har fokus på å få frem forskjellige synspunkter og medlemmene av gruppen skal ikke ha som mål å presentere løsninger og skape enighet (Kvale, Brinkmann, 2009).

Kvale og Brinkmann (2009) tar til orde for at forståelsen for at vi søker å forstå verden sett fra intervjupersonenes sted. Fokusgruppeintervju utgjør datagrunnlaget for denne studien. Metoden anbefales for å beskrive og utvikle praksisnær fag og brukerkunnskap metoden egner seg godt til å innhente data som kan brukes til å utvikle praksis.

## **4.2 Utvalg**

Jeg har foretatt en strategisk utvelgelse av deltakere. Mine inklusjonskriterier var at deltakerne skulle arbeide i døgnbemannede bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser. Utvalget bestod av åtte ansatte. Alderspredningen var fra 20-50 år. Kjønnfordelingen var 90 % kvinner og 10 % menn. Medlemmene i mitt utvalg representerte ansatte i tre ulike bofellesskap. Tilgang på deltakere har jeg fått ved å henvende meg til tre bydelsledere. Jeg fikk adgang til å kontakte lederne i de respektive bofellesskapene. Jeg tok kontakt og laget avtale om når intervjuene skulle forgå. Det var lederne i bofellesskapene som skaffet meg deltakere til denne studien. Jeg oppgav mine kriterier for utvelgelsen til dem. Deltakerne i utvalget arbeider i dag i disse tre bofellesskap, noen hadde vært ansatt fra oppstarten av bofellesskapet, mens andre hadde vært ansatt kortere. I utvalget var det spredning fra seks års erfaring i

bofellesskapet til to måneders erfaring med arbeidet i bofellesskapene i utvalget. Deltakerne i utvalget hadde ulik utdannelse det var to sykepleiere, en vernepleier, to hjelpepleiere, to sosionomer, og en med annen utdanningsbakgrunn på høgskolenivå. I utvalget var det to med videreutdanning i psykisk helsearbeid. En holdt på med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Deltakerne i denne studien arbeidet turnus med dagvakter, kveldsvakter samt arbeid hver tredje helg. I bofellesskapene var det hvilende nattevakt. I mitt utvalg var ikke nattevaktene representert.

### **4.3 Datainnsamling**

Intervjuene ble gjennomført i et tidsrom på fire uker våren 2010. Det ble totalt gjennomført tre fokusgruppeintervjuer. Antall deltakere i gruppene varierte fra to deltakere til fire deltakere i gruppene. Fokusgruppeintervjuene foregikk på de ansattes arbeidsplass. Under gjennomføring av to av fokusgruppeintervjuene var fellesstuen i bofellesskapet arenaen hvor intervjuene foregikk. Under gjennomføringen av det tredje intervjuet ble et tilstøtende personalrom benyttet. Samtlige av intervjuene ble gjennomført i vaktskifte hvor noen av deltakerne var ferdig med dagens arbeid, mens andre av deltakerne skulle på kveldsvakt. Intervjuene varte en time i hver av fokusgruppene.

Mottagelsen var planlagt, jeg hadde laget avtale med de ulike bofellesskapene på forhånd. Jeg ringte bofellesskapene den aktuelle dagen intervjuene skulle gjennomføres. Slik kunne jeg forsikre meg at intervjuene kunne gjennomføres som planlagt. Plassering i rommet var for deltakerne var ikke planlagt av meg på forhånd, bortsett fra min egen plassering. Det anbefales at ikke jeg som intervjuer plasserer meg ved enden av bordet, dette vil forsterke den asymmetriske maktbalansen som ligger der. (Kvale, Brinkmann, 2009). Jeg brukte båndopptaker merke: Sony M-670V til å ta samtalene opp på bånd. Jeg hadde informert om på forhånd at det ville brukes båndopptaker under intervjuene. Videre at materialet blir destruerer etter bruk. Jeg hadde testet det tekniske utstyret på forhånd, slik at det ikke skaper unødig stress under selve intervjuet. Jeg hadde bevisst valgt å sette av halvannen time. Slik at det blir tid til å hilse, kanskje noen kjenner hverandre fra før, det å ha tid til litt småprat innledningsvis anbefales

Videre informerte jeg om det informert samtykke skjema. Samtlige deltakere skrev under. Jeg hadde utarbeidet en foreløpig modifiserbar intervjuguide (Maltrud, 2003) hvor jeg hadde inngangsspørsmål til tema, en hoveddel som dreide inn mot hverdagen på deres arbeidsplass, for

så å avrunde med refleksjoner over tema brukermedvirkning fritt. Jeg ledet intervjuene. Diskusjonene bør være åpne slik at deltakeren kan utveksle opplevelser, erfaringer og tanker omkring tema. Min rolle var å foreta skifte av tema, introdusere et nytt spørsmål, om deltakerne virker som om tema er uttømt. Utover det var min rolle å stimulere fokusgruppen om det ble lite meningsutvekslinger, samt blande meg lite inn om gruppen er veldig aktive. Likevel er det mitt ansvar under intervjuet at samtalene holdes innenfor fokusgruppens tema.

#### **4.4 Analyse**

Analysen er broen mellom data og resultater ifølge Malterud (2003). Analysemetoden som ble benyttet var systematisk tekstkondensering i fire trinn. Fenomenologiske analyse er modifisert av Malterud (2003). Ifølge henne er denne metoden godt egnet for beskrivelser av fenomener som beskrives i en deskriptiv tversgående analyse om materialet omfatter mange informanter. (Malterud, 2003).

Det ble gjennomført tre fokusgruppeintervjuer disse dannet datagrunnlaget for analysen. Hvert av intervjuene ble transkribert fra lydbånd til tekst. Denne teksten ble så analysert i fire trinn. Malterud (2003) beskriver disse ulike stegene i denne analysemetoden slik:

- (1) Første trinn er å danne seg et helhetsinntrykk
- (2) Deretter og identifiserer meningsbærende enheter i teksten
- (3) Tredje fase innbefatter å abstraherer innholdet i de enkelte meningsbærende enheter.
- (4) Tilslutt å sammenfatte betydningen av dette.

Metoden er egnet for tversgående analyse i et materiale fra mange ulike deltakere som beskriver fenomener. Denne analysemetoden vil kunne utvikle nye beskrivelser og begreper. Kvale og Brinkmann (2009) tar til orde for at forståelsen for at vi søker å forstå verden sett fra intervjupersonenes sted. Analysen bør begynne så tett opp til at fokusgruppeintervjuet er avsluttet. (Malterud, 2003). Malterud (2003) viser til at refleksjonene som kan komme etter at intervjuet er gjennomført vil kunne berike materialet. Det anbefales at disse skrives ned og tas vare på til den videre analysen. Jeg utførte denne prosedyren etter hvert enkelt fokusgruppeintervju var gjennomført.

## 5.0 RESULTATER

I dette kapittelet vil de ansattes beskrivelser av sine opplevelser og erfaringer i forhold til brukermedvirkning i bofellesskap for mennesker med psykisk lidelse bli beskrevet.

Analysen av fokusgruppeintervjuene leder frem til tre hovedtema, med undertema og grunntema som blir presentert i følgende tabell.

- Brukermedvirkning og fag.
- Brukermedvirkning på ulike arenaer i bofellesskapene.
- utfordringer i forhold til brukermedvirkning i bofellesskapene.

Analysen av fokusgruppeintervjuene leder frem til tre hovedtema som blir presentert i følgende hovedtema, undertema og grunntema. Se tabell.

<b>Hovedtema:</b> Brukermedvirkning og fag	<b>Hovedtema:</b> Brukermedvirkning på ulike arenaer i bofellesskapet	<b>Hovedtema:</b> Brukermedvirkning og utfordringer
<b>Undertema:</b> Betydningen av refleksjon i praksis	<b>Undertema:</b> Brukermedvirkning i praksis	<b>Undertema:</b> De ansattes opplevelse av dilemmaer
<b>Grunntema:</b> - utdanningens betydning - tverrfaglighet - faglige diskusjoner	<b>Grunntema:</b> - individuell plan - ansvarsgruppe - husmøte - fellesavtaler - fellesareal	<b>Grunntema:</b> - autonomi - paternalisme - privat sfære - samarbeid

## 5.1 Brukermedvirkning og fag

### *Utdanningens betydning*

En av deltakerne i fokusgruppen forteller om at første gangen han hørte om brukermedvirkning var i forbindelse med videreutdanning i psykisk helse og at denne utdanningen hadde vært med å bevisstgjøre vedkommende om brukerens rettigheter. En annen deltaker legger vekt på at beboerne er voksne mennesker, men at at vedkommende er mer observant i hverdagen ettersom hun har lært mer om brukermedvirkning i videreutdanningen.

En relativt nyutdannet mann i utvalget sier han ikke har arbeidet så lenge etter endt grunnutdanning som sykepleier men at brukermedvirkning var en stor del av studiet, han forteller videre at i alle skriftlige oppgaver i studiet, måtte de ha med noe om brukermedvirkning.

*Men det har vært mye fokus på skolen og i praksis med brukermedvirkning... er vel de siste årene.... vi hadde jo en egen bok som handlet om brukermedvirkning men har vært i fokus i sykepleieutdannelsen, de fleste oppgavene vi skrev så måtte vi ha med noe om brukermedvirkning*

En annen deltaker kan ikke tidfeste når hun hørte ordet brukermedvirkning første gangen og sammenlikner begrepet med egenomsorgsbegrepet fra når hun tok sykepleien, men tilføyer at brukermedvirkning innebærer mye mer.

*Det har blitt mer snakk om brukermedvirkning de to til tre... siste årene, men jeg ble mye mer.. oppmerksom på dette når jeg gikk på videreutdanningen...*

### *Tverrfaglighet*

I disse tre bofellesskapene finnes ulike yrkesgrupper representert, dette er noe som trekkes frem som positivt. Det at personalgruppen kan se ulikt på saker som angår brukermedvirkning og det som angår beboerne på bakgrunn av at de har ulike tilnærminger i forhold til hva som ligger i deres grunnutdanninger og videreutdanninger. Disse ulike fagperspektivene sees på som en resurs og er med å bevisstgjøre de ansatte i forhold til brukermedvirkning.

Det at ulike faglige perspektiver sees på som en resurs men samtidig at det kan skape rom for

*vi har mange ulike måter å se på det her fordi.... Vi er tverrfaglige. .tror jeg .Vi er mange ulike yrkesgrupper som jobber her.. verne pleierne har brakt inn mye om rettigheter lover og sånt.. men så har vi brakt inn mye med omsorg.... kan ikke bare tenke selvstendighet, noen har behov for omsorg også det kan være godt når en er syk at noen gjør noe for deg, kan være godt å få smurt frokosten selv om du egentlig kan greie det selv*

### *Faglige diskusjoner*

Disse faglige diskusjonene ender ikke alltid med enighet. Men som læringspotensial i forhold til brukermedvirkning trekkes det frem.

Det fremkommer av mine data at tema brukermedvirkning ikke er tema konkret i personalmøter internundervisning og andre fora hvor de ansatte er

Det fremkommer fra flere av mine informanter at de ikke snakker konkret om brukermedvirkning på deres arbeidsplass, men at det er en stor del av arbeidshverdagen deres. Her er et utvalg av sitater som beskriver deltakernes utsagn i forhold til brukermedvirkning som viser at det snakkes mye om brukermedvirkning i de ulike bofellesskapene.

*sikkert ikke så dumt å ta det opp.. litt oftere. .dette med brukermedvirkning..*

*Vi diskuterer mye her om sånn... brukermedvirkning i grunnen....selvom vi ikke akkurat bruker det ordet..*

*kan jo være interessant og høre og se hvordan andre har løst det...vi vet jo at det funker andre steder...vi må kanskje motivere beboerne mer..og fokusere mer på brukermedvirkning. Vi snakker nesten daglig om det her...at det ulike måter å se det på...dette med brukermedvirkning...ikke alltid vi er enige..*

*Jeg tror det er viktig å ha brukermedvirkning i fokus i og med dette er ..voksne mennesker som skal leve sine liv...det er noe vi snakker mye om her..*

*Godt det åpner seg opp, med brukermedvirkning... godt de kan velge. det er en tung gruppe å arbeide med...men det kan jo endre seg om fem år... kanskje beboerne har blitt mer trygge på å ta valgt...og slikt... slike ting snakker vi som jobber her...ganske mye om*

## 5.2 Brukermedvirkning på ulike arena

### *Husmøte*

Alle deltakerne beskrev husmøtet som en arena hvor brukermedvirkning var tilstede. Når deltakerne i de ulike bofellesskapene skulle si noe om brukermedvirkning ble disse møtene trukket frem i alle tre fokusgruppene. Det ble presentert som en arena hvor brukermedvirkning var satt i system. Disse møtene ble avholdt i bofellesskapenes fellesstuer. Under intervjuene fremkom det ulikt syn på verdien i slike møter. Det ble en diskusjon om hvorvidt den enkelte beboer turte å hevde sin mening i et slikt fora. Form og innhold på disse husmøtene varierer, noen forteller om en fastlagt struktur både på innhold og hyppigheten. Det ene bofellesskapet hadde husmøter jevnlig en gang i måneden. Disse husmøtene var preget av en fastlagt struktur med saksliste og at leder alltid hadde en orientering innledningsvis. Møtene ble alltid referatført i dette bofellesskapet

*Noen møter alltid opp, noen av beboerne av og til, og så er det de som aldri kommer... men sånn er det jo bare*

Det kom klart frem i dette bofellesskapet at det var en selvfølge at de av beboeren som ikke kom på husmøtene fikk referat. I den ene fokusgruppen fortalte deltakerne i at de hele tiden oppfordret beboerne til å skrive ting på denne liste. Det var også lov å skrive opp saker på listen anonymt. Sakslisten er plassert lett tilgjengelig for beboerne forteller en deltaker og de vektla overfor meg at de oppfordret beboerne til å skrive saker som opptok dem på denne listen.

*De tør å skrive opp ting på listen og at de kan gjøre anonymt, det tror jeg er med på at de tør skrive opp ting på listen*

Det kom ikke frem under de to andre fokusgruppeintervjuene om husmøtene var strukturert på denne eller andre måter. Det kom likevel frem variasjon i forhold til hvor ofte husmøtene ble avholdt. I det ene var husmøtene et par ganger i året, og i det tredje bofellesskapet forteller informanten at det i praksis skal være husmøte en gang i måneden. Av ulike årsaker er det ikke blitt gjennomført. Husmøtenes hyppighet var som sagt ulike, men likevel en del likhetstrekk i saker som ble tatt opp på disse møtene. Deltakerne forteller om at materielle ting som gardiner, bilder og utstyr til fellesstuen. I det ene bofellesskapet forteller en deltaker om at de har en sum



penger som beboerne er med å bestemme over hva skal brukes til. Det kan være alt fra en ny lampe til bruk i fellesstuen, til hvilken meny som skal planlegges for fellesmåltidene. En av deltakerne mente at husmøte som arena for å få frem den enkeltes beboere mening og tanker om ting ikke var så lett, han sa det minst like viktig å snakke med dem en og en om ønsket er å få frem den ærlige meningen om ting.

*Husmøte er nok ikke den beste plassen for å få frem den enkelte beboeres mening... er ofte de sterkeste i gruppen som snakker og tar opp saker..blir litt såmm at de andre bare blir..sånn nikkedukker ..for de sterkeste*

#### *Fellesavtaler*

Avtaler om å gjøre forskjellige ting sammen med beboerne, var noe som flere av deltakerne snakket om i forhold til brukermedvirkning i bofellesskapene. I et av bofellesskapene hadde samtlige av beboerne tilbud om hjelp til å handle. I tillegg til avtaler om å få hjelp til å holde leilighetene i orden. Noen av beboeren benytter seg av disse tilbudene som er avtalt på forhånd. Hjelp til å holde leilighetene i orden har alle beboerne tilbud om, i tillegg har enkelte beboere ordinær hjemmehjelp. Flere av deltakerne forteller at tjenestene som beboerne kan få fra personalet er lagt opp som tilbud. Enkelte beboere har tilbudene organisert som faste avtaler, en deltaker forteller om at hun griper muligheten når hun ser at beboeren kanskje er klar for å ta imot hjelp.

*Jeg ser noen ganger at nå er beboeren klar for skal jeg rydde litt for deg*

Dette utsagnet kommer fra en av deltakerne som forteller om enkelte av beboerne som har stor ambivalens i forhold til inngåtte avtaler, og da som han sier er det viktig å gripe muligheten når den er der. I den ene fokus gruppen ble det trukket frem at beboerne kanskje har for mange valg, med det tenkte deltakerne høyt omkring at for noen av beboerne representerer alle disse spørsmålene vi stiller om de ønsker hjelp kunne bli vanskelig for beboerne å ta stilling til

*I det daglige er jeg bevisst på at de skal ta valg, for eksempel om jeg har en avtale om å komme inn i leiligheten til beboeren... og når jeg kommer inn så ligger vedkommende i senga, da spør jeg han, vil du jeg skal sette på kaffe, rydde litt for deg, svarer han nei.. går jeg ut.. tenker det er hans valg*

Brukermedvirkning ble også fremhevet i forhold til felles måltider i helger og høytider. Mange av deltakerne snakket om at det var beboerne som valgte hva som skulle spises i disse fellesmåltidene. Hvordan slike avgjørelser ble tatt varierte i noen av bofellesskapene var husmøtene en plass hvor beboerne i sammen laget menyen for disse helgemåltidene. Andre hadde en individuell tilnærming og her valgte og bestemte beboerne en lørdag hva som skulle spises.

Denne individuelle avtalen innebar også at beboeren skulle være med i alle deler av prosessen, fra å handle inn til å tilberede maten. En deltaker forteller om at noen dager greier ikke beboeren å være med i alle disse leddene, men da overtar de ansatte den eller de delene som beboerne ikke greier. Enkelte ganger er det slik at det er valget av måltidet som er beboerens eneste bidrag. Men som deltakeren sier, likevel er det godt å høre og se at de andre beboerne gir hverandre positive tilbakemeldinger

*Det er gøy å høre de, beboerne si til den som har ansvaret for lørdagsmaten, så god mat du har valgt i dag...*

#### *Individuell plan*

Deltakerne i de ulike fokusgruppene var opptatt av individuell plan i forhold til begrepet brukermedvirkning

I de tre fokusgruppene ble individuell plan trukket frem som beboerens egen plan som skulle sikre et godt tilbud til den enkelte av flere deltakerne. I den ene fokusgruppen ble en diskusjon mellom deltakerne om den enkelte beboer skulle ha en slik plan når de bor i bofellesskapene, eller om det er et tilbud. Deltakerne i denne fokusgruppen konkluderte med at individuell plan er et tilbud. Er beboeren under tvunget psykisk helsevern da skal du ha en slik plan, som den ene deltakeren sa. En deltaker mente at fokus på den individuelle planen var med å bevisstgjøre beboerne om brukermedvirkning og at de som ansatte skulle opplyse om muligheten for å få en slik plan.

*Skal det være meningsfullt for de må de ikke oppleve at en slik plan bare blir trødd nedover hodene dere*

Noen av deltakerne gav uttrykk for at individuell plan var et godt verktøy i deres arbeidshverdag med beboerne, og at planen var nyttig å ha med i ansvarsgruppene, slik at de ble minnet på at dette er beboerens plan og ikke deres plan.

I de ulike bofellesskapene var det noen av beboerne som hadde individuell plan. En deltaker fortalte at en beboer overhode ikke vil ha en slik plan og bruker dette som eksempel på at det er brukermedvirkning å si nei til et slikt tilbud. Deltakerne i alle tre fokusgruppene er kjent med individuell plan og hvorfor beboerne har tilbud om det. En deltaker trakk frem at de hadde lært mye om individuell plan gjennom studie, og at bevisstheten om både rettighetene til beboeren og ansattes opplysningsplikt hos denne deltakeren var sterkt tilstede.

*Kanskje noen av de som arbeider her ikke har lært om individuell plan på skolen mens det er del av jobbhverdagen*

Dette utsagnet viser til en refleksjon hos en av de ansatte under intervjuet om at kanskje ikke alle ansatte hos den visste hva en individuell plan er og hva dette betyr, selv om de arbeidet i bofellesskapet.

I de tre fokusgruppene kom det frem at det en del kunnskaper om individuell plan og de knyttet denne planen opp til begrepet brukermedvirkning og i den sammenheng ble det det at individuell er nedfelt i lovverket.

*Første gangen jeg hørte om brukermedvirkning var en gang noen snakket om individuell plan*

#### *Ansvarsgruppe*

Deltakerne forteller om at de arbeider med ansvarsgrupper rundt beboerne, i materialet mitt er det ikke kartlagt om alle beboerne i de ulike bofellesskapene har ansvarsgruppe. En deltaker beskriver en ansvarsgruppe rundt en av beboerne, de som er representert i denne gruppen er i tillegg til beboeren, er primærkontakten i bofellesskapet, fastlegen, og pårørende hjelpevergen, denne beboeren er på tvungen psykisk helsevern og dermed er representanten fra sykehuset også til stede i disse møtene. Deltakeren forteller om at han kan merke at det er forskjell i måten de jobber på, og at holdningene i forhold til brukermedvirkning i ansvarsgruppen er annerledes fra sykehus til kommunen. I denne fokusgruppen ble det en diskusjon omkring tema ulikheter mellom sykehus og kommene mellom deltakerne

*Jeg tror vi er kommet lengre med brukermedvirkning ute i kommunen enn på sykehuset, det sitter liksom..i veggene der..er en annen holdning*

Samarbeidet i ansvarsgruppene er jevnt over bra, men i noen tilfeller blir forslagene fra sykehuset om tiltak som kan tenkes å være bra for den aktuelle beboer vanskelig å gjennomføre både resersmessig og som informanten forteller om ulike lovgrunnlag.

Erfaringer med ansvarsgruppe uten beboeren var tilstede forteller en deltaker om. Det var ikke noe som vedkommende tenkte så mye over, men etter at informanten hadde tatt videreutdanning i psykisk helsearbeid, ble han bevisst på at beboeren burde delta i disse møtene. Møtene endret seg forteller denne deltakeren, det ble vanskeligere å lede møtet, beboeren var urolig og det ble masse ord og prat fra beboeren

*Selvfølgelig må de være med i ansvarsgruppen, selv om de er psykotiske.*

Opplevelser med ansvarsgrupper uten beboeren var tilstede bekreftes av andre deltakere som forteller at det ikke er så mange år tilbake i tid så var det ikke så uvanlig.

*Før ble avgjørelser ble tatt over hodene deres i slike møter..når de ikke var med selv..mener jeg*

Dette har endret seg sier deltakeren, det blir aldri tatt avgjørelser over hodet på beboerne, lenger fordi beboerne selv er med i ansvarsgruppen. Det fortelles av noen av deltakerne at beboerne kan være urolige i disse møtene, men at det er rom for at noen deltar i hele møtet, andre i deler av møtene

Deltakeren erfarte at uansett hvor kaotisk det kunne virke med beboeren som gikk ut og inn av møtet i ansvarsgruppen, så var det alltid noe å gripe fatt i som en kunne gå videre på.

*Ansvarsgruppen er jo deres eget møte...*

*Fellesareal*

De tre ulike bofellesskapene hadde alle fellesarealer med stue og kjøkken, samt egne kontor og rom for personalet.

I det ene bofellesskapet ligger fellessarealene for seg selv, mens beboernes leiligheter er bygd som et tun rundt, informantene her forteller at alle beboerne har nøkkel til disse fellessarealene

i utgangspunktet, men at en beboer ikke har nøkkel akkurat nå. Bruken av disse arealene er stort sett når det er personal tilstede. Selv om beboerne har nøkkel, så låses disse arealene av mellom kl 2300 og låses opp igjen kl 0900 neste morgen. Dette er nedfelt i ordensreglene at fellessarealene er avlåst i dette tidsrommet forteller en av deltakerne

*Vi er jo selvfølgelig ikke så strenge på dette på julaften og sånn...da låser vi jo ikke klokken elleve...vi sitter jo gjerne sammen med de beboerne som feirer julen her i bofellesskapet...vi koser oss med god mat og tenker ikke på klokken da...*

Bruk av fellesstuene i helger og høytider blir trukket frem som positivt, den ene deltakeren forteller om at beboerne tar med pålegg fra sine leiligheter til felles lunsj i helgene. En annen deltaker forteller om at han tok med rester hjemmefra i påsken.

*Jeg synes det var koselig å kunne stelle i stand litt ekstra den dagen, de setter sånn pris på slike ting...*

Andre deltakere forteller om at fellesstuen er tilgjengelig så lenge det er personal tilstede, men også her låses arealene av i tidsrommet mellom 2430 og 0700 neste dag. De forteller om opplevelser med en del uro og bråk i fellesstuen tidligere på natten når personalet ikke var tilstede. I dette bofellesskapet er fellessarealene integrert i bofellesskapet så beboerne trenger ikke gå ut for å oppsøke disse arealene.

I det andre bofellesskapet må beboeren ut for å oppsøke fellessarealene. I det tredje bofellesskapet er fellessarealen åpent fra 0830 til 1400 i tidsrommet fra 1400 til 1530 er disse arealene i bruk til møter ansvarsgruppe og andre møter. Det fremkommer at en beboer har blitt fratatt nøkkelen til fellesarealene for en periode. I dette materiale fra fokusgruppene fremkom det ikke så mye snakk om brukermedvirkning i forhold knyttet til fellesarealene

### 5.3 Brukermedvirkning og utfordringer

I alle tre fokusgruppeintervjuene trakk deltakerne frem dilemmaer og brukermedvirkning. Informantene fortalte om situasjoner som de syntes var vanskelige i deres arbeidshverdag i bofellesskapene.

#### *Autonomi undertema*

Det går igjen i alle fokusgruppene at inngåtte avtaler med beboeren som ble brutt kunne være vanskelig. De ansatte ser behovene beboeren har om det gjelder å holde en viss standard i leiligheten eller å få hjelp til å håndtere økonomien. Dette skaper en følelse av at de ikke får gjort jobben sin. Hjelpen som tilbys av personalet er lagt opp som tilbud og en informant sammenlikner det som å arbeide på et hotell.

Retten til å si nei til hjelp ble fremhevet av mange av deltakerne, at en beboer kan si nei til inngåtte avtaler sees på som en følge av brukermedvirkningen. Det ble også presisert at beboerne er voksne mennesker som kan bestemme selv.

*Ja vi opplever veldig sterkt deres rett til å bryte avtaler de selv har vært med på å lage sammen med oss., men så ønsker de ikke etter en stund...hvor stor rett har vi til å si jo det skal du ?*

Andre deltakere tar frem utfordringer i forhold til medisin, I to av fokusgruppene bofellesskapene er administrasjon av medikamenter en del av tjenesten beboerne mottar fra bofellesskapets ansatte. Det bruker dosett system som sykepleiefaglig i de ulike bofellesskapene har ansvar for. Det at en beboer ikke vil ta den forordnede medisin skaper et dilemma beskriver en av deltakerne

*Vi har jo ikke lov til å tvinge medisinen i de...men så blir de syke og dårlige..jeg opplever at vi kan jo ikke gå inn med makt..., vi har jo ingen tvangsmidler...så da må vi.. jo heller vente..til personen som nekter å ta medisin blir så syk at hun må innlegges på sykehus*

Andre avtaler som er inngått på forhånd med beboeren kan dreie seg om å få hjelp til å administrere økonomien, En deltaker forteller at han opplever det som problematisk når beboeren ikke vil ha hjelp likevel, og den ansatte vet at konsekvensene for vedkommende beboer kan bli stor.

*Strømmen blir jo stengt om regningen ikke blir betalt..og selv om hun har avtale om hjelp til å åpne posten..så kan vi jo ikke gå inn og tvinge henne til å åpne... jeg tenker av og til er det riktig å la det gå så langt... kanskje vi må ta mer ansvar?*

### *Paternalisme*

Beboerne som bor i de ulike bofellesskapene har forskjellige diagnoser og det var ikke et tema for denne undersøkelsen. Likevel trekkes frem det frem av flere av deltakerne at sykdommen til noen innebærer vanskeligheter i forbindelse med å ta valg. Men deltakeren trekker frem at deres jobb er å motivere beboeren og gi de valgmuligheter

*Men vi tar sikkert mange ganger valg for de... sikkert utfra vårt ståsted...men synes det er vanskelig...*

Det kommer frem en refleksjon mellom informantene i denne fokus gruppen at de personalet ofte vil mye på vegne av beboerne, enten det dreier seg om daglig livets utfordringer eller i forhold som er utenfor bofellesskapet. Noen av deltakerne nevner at enkelte beboere har et arbeid, men at det å følge opp en jobb i noen tilfeller kan bli vanskelig for beboerne. Ønsket fra beboeren om å ha en jobb kan være stort, men som deltakeren sier de får det ikke alltid til.

*Noen er fornøyde med å være hjemme...og vi har slått oss til ro med det...er jo deres eget valg...*

Å ta vare på seg selv er noe som går igjen i alle tre fokusgruppene , flere av deltakerne beskriver situasjoner der beboerne ikke greier å ta vare på seg selv. En deltaker forteller om en beboer som bruker alle pengene sine på alkohol og ved å drikke mye i perioder går det utover helsen til beboeren. En annen deltaker tar opp dette med personlig hygiene, hvor verdighetsbegrepet trekkes inn.

*Vi kan ikke si at det er et verdig liv...å gå rundt i byen slik..er det verdig? uansett hvor mye en vrir og vender på det...hadde det vært noen i min familie som hadde levd slik...så hadde du jo ikke..latt personen leve slik....*

En av deltakerne peker på at det kanskje er mest problematisk for dem som arbeider der det å vite hva som er best for beboeren og hva den egentlig vil oppfattes som vanskelig. Men

samtidig bringes det inn i diskusjonen at det kan bli for enkelt for personalet om en beboere sier nei og at ansvaret hele tiden ligger på beboeren

*Jeg synes et dilemma med brukermedvirkning er at det kan bli bedagelig for deg selv også.. om det er slik at det er hans ansvar hele tiden...og til syvende og sist er det jo det også....men vi må kanskje jobbe mer..motivere mer..kan bli for lettvindt å bare spørre... hvorfor avbestiller hun meg nå...med et ekstra bank på døra og jeg opplever at jeg kommer inn...opplever at det kan være så vanskelig for dem å velge....men samtidig så har jeg opplevd mange ganger at beboerne sier..så godt du kom...*

#### *Privat sfære*

Alle beboerne i disse tre bofellesskapene har egne separate leiligheter atskilt fra fellesarealene. I alle tre fokusgruppene ble respekten for den enkeltes territorium trukket frem som positivt. Det fremkom også i alle tre fokusgruppene at det kunne være dilemmaer knyttet til den private sfære og mellom det at det var bofellesskap. Respekten for at leilighetene er beboerens private område og at det bankes på døren eller at dørklokken brukes når de skal snakke med beboerne eller oppsøke dem. Alle leilighetene er ulikt innredet noen har møbler og ting de har arvet som en av deltakerne forteller er viktige for beboerne, mens andre har fått hjelp til å handle inn nye møbler da de flyttet inn i leiligheten. Å få sette sitt eget preg på leilighetene trekkes frem av flere av deltakerne i de ulike fokusgruppene.

*Det er deres leilighet og når du kommer inn i andres hjem må du være forsiktig, banke på døren og høre om de vil du skal komme inn, jeg tenker at vi må vise de at vi er der for de og ikke omvendt*

Når de ansatte ikke kommer inn i leilighetene, beboeren vil ikke slippe den inn, det forteller flere av deltakerne som problematisk. Dette gjelder når de ansatte på forhånd har inngått avtaler med beboerne om at de skal hjelpe dem med å holde leilighetene orden. I det ene bofellesskapet hadde beboerne egne hjemmehjelpere som hjalp beboerne med dette, i de to andre var det personalet som arbeidet i bofellesskapet gjorde dette.

*Har du døde planter rundt deg blir du deprimert... og flyter leiligheten over av rot og søppel så er det vanskelig å bare se på...men vi kan jo ikke med loven i hånd si at jo vi skal inn i dag, vi har jo laget en avtale sammen på det. Er vanskelig... men er jo hennes leilighet*



Å ha en leilighet, et hjem blir av flere av deltakerne sett på som en verdi for beboerne, det fortelles om beboere som har bodd lenge på sykehus før de flyttet inn i bofellesskapet. Erfaringene noen av beboerne har med å tilbringe mye tid på sykehuset er at de ikke helt tror på at dette er deres leilighet og at de kan bo her så lenge de vil. En deltaker sier at de bruker mye tid på å trygge beboerne på at dette er deres hjem. Beboeren er ulike og har alle ulike bakgrunn, noen har vært så lenge på sykehuset forteller informanten at de har forventninger til at vi er det samme som sykehuset.

*Vi har vært veldig bevisst her på å minne beboerne på at de bor ikke på et sykehus, du er ikke pasient, og at her kan du bo så lenge du vil, noen av beboerne tror de bor her bare for en periode og at de snart blir hevet ut*

Det at hver og en har sine egne måter å innrede sine leiligheter på, denne ulikheten viser seg også i hvordan standard den enkelte beboer har når det gjelder å holde det rent og ryddig rundt seg. Dette er et tema som deltakerne i den ene fokusgruppen trekker frem. Hva som er bra, mindre bra og godt nok har vært diskutert gjentatte ganger i personalgruppen forteller informantene i denne fokusgruppen. I en annen av fokusgruppene forteller deltakerne om at personalet har hatt mange diskusjoner i bofellesskapet om de skal ha deres standard eller personalets standard for hvordan det skal se ut i leilighetene. Deltakerne i denne fokusgruppen forteller om at i personalgruppen har de også ulike standard på hushold. De ansatte i dette bofellesskapet har landet diskusjonen på at det er rom for at de ser litt ulikt på det forteller en informant

#### *Samarbeidspartnere*

I samarbeid med andre kan det synes som at en er på ulike arenaer, av og til skaper utfordringer. En deltaker trekker frem samarbeid med pårørende som utfordrene på den måten at de ofte kan ønske at personalet i større grad kan gå inn og påvirke situasjonen mer.

En annen deltaker trekker frem at både utdanningen og hennes yrkeserfaring har lært hvor viktig samarbeid med pårørende og hvilken resurs de er og at å komme frem til gode løsninger med foreldre søsken og barn fordi de er en så viktig resurs i den enkeltes liv sier denne deltakeren

*De pårørende ønsker ofte at vi skal bruke mye mer styring..og ikke la de få lov til...fordi de ser at det bærer galt av sted... jeg synes det i slike situasjoner..kan være vanskelig i enkelte*

*tilfeller...føler vi står på litt forskjellige planeter og har opplevd situasjonen fra ulike sider...men jeg kan skjønne hvorfor hvorfor søsken,barn og foreldre gjør sånn som de gjør..men samtidig så vet jeg at jeg ikke kan gripe inn...slike dilemmaer er vanskelige..*

Slike situasjoner henspiller dilemmaer de ansatte opplever i sin arbeidshverdag, andre dilemmaer som framkom under de tre fokusgruppeintervjuene er samarbeidet med sykehuset. To ulike forvalningsnivå som har sine sett av resurser og lovgrunnlag rapporteres som et dilemma

*Dette kan dere vel få til sier de på sykehuset til oss...ja det kunne vi nok om vi hadde hatt mer resurser... vi kunne forhindre innleggelse...om vi hadde vært flere folk på jobb..men sånn er det jo ikke...men tror nok beboeren hadde synes det var bra å slippe alt styret med politi... tvangsinnleggelse og sånt..*

## 6.0 DISKUSJON

Forskningsspørsmålet i denne studien var. Hvordan opplever og erfarer ansatte i bofellesskap begrepet brukermedvirkning.

- Brukermedvirkning og fag
- Brukermedvirkning på ulike arenaer i bofellesskapene
- Brukermedvirkning og utfordringer i bofellesskapene

### *Brukermedvirkning og fag*

I forhold til begrepet brukermedvirkning ble det trukket frem utdanningens betydning for bevisstheten om hva brukermedvirkning innebar. Videre var tverrfaglighet et begrep som gikk igjen i forhold til brukermedvirkning. Deltakerne mente at det var bra og ha en personalgruppe sammensatt av ulike yrkesgrupper

I følge stortingsmelding nr 25 skal tjenestetilbudet til enhver tid bygge på faglige anerkjente metoder. Verdier, kunnskaper, holdninger og ferdigheter omfatter kompetansen i psykisk helsearbeid. Det skal legges til rette for at videreutvikling av den ansattes eksisterende kompetanse styrkes, samt at ny kunnskap erverves. At slik kunnskap styrkes og erverves ligger også til den enkeltes ansattes ansvar.

Ulike faggrupper møtes i psykisk helsearbeid, de har hver sine tilnæringsmåter som representerer ulike perspektiver i måten å forstå psykisk lidelse på. I et tverrfaglig samarbeid er anerkjennelse og respekt viktig på tvers av de ulike faglige tradisjoner de ulike yrkesgruppene tilhører. Kompleksiteten i psykiske lidelser gjør at ulike perspektiver og arbeidsmåter utfyller hverandre til det beste for brukeren. Det uttrykkes ofte som et ideal at i en arbeidsgruppe finns tverrfaglighet, tverrfaglighet i kommunens arbeid. (Lauvås, 1998) at de ulike perspektivene som den enkelte fagtradisjon representerer ikke skal dominere hjelpesystemene, men utfylle hverandre med sine ulike metoder å perspektiver. (Veileder, 2005, Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene).

Ser vi på deltakerens utsagn om at det er positivt på grunn at de har en tverrfaglig sammensatt gruppe i bofellesskapet, og at de bringer ulike perspektiv inn i arbeidet. Den ene deltakeren trakk frem at vernepleieren i deres bofellesskap hadde brakt inn mye om kunnskaper om

beboernes rettigheter. Slik ser vi at utdanningsinstitusjonenes mål om å utvikle studentenes kompetanse på disse feltene, har klare forbindelseslinjer med hva det etterspørres av kompetanse i fagfeltet. Tverrfaglighet som begrep i menneskebehandlingse” organisasjoner er ifølge Lauvås (1998) med på å forsterke inntrykket av at klienten får en helhetlig behandling av høy kvalitet. Begrepet gir også assosiasjoner til at arbeidsmiljøet er spennende og åpent for de ansatte. Lauvås (1998) mener at begrepet tverrfaglighet må sees i sammenheng med hvordan det moderne samfunn er blitt så sektorielt og kunnskapen så spesialisert at helheten og sammenhengende er blitt vanskelig å håndtere.

Psykisk helsearbeids kompetansegrunnlag omfatter holdninger, verdier og ferdigheter, kunnskapsgrunnlaget for faget er basert på at psykiske lidelser kan forstås på ulike måter. I følge fagplanen for psykisk helsearbeid er det beskrevet som et paraplybegrep som rommer mange ulike teorier, behandlingsmåter og praksisformer på ulike nivåer og i forskjellige virksomheter. I utdanningsammenheng erstatter psykisk helsearbeid de fra før fagspesifikke videreutdanningen i psykiatrisk sykepleie, psykiatrisk sosialt arbeid og psykosomatisk og psykiatrisk fysioterapi Disse ulike utdanningene er nå erstattet av en tverrfaglig utdanning hvor et mål å utvikle kandidatens kompetanse til å samhandle, samarbeide både tverrfaglig og tverretatlig. En psykisk helsearbeider skal ha kunnskap om, anerkjenne og kunne gjøre seg bruk av andre faggruppers kompetanse i et forpliktende samarbeid og utvikle sin evne til kommunikasjon og samhandling på tvers av faggrupper og nivåer. Dette viser at det ligger sterke føringer i rammeplanen på at samarbeidskompetansen skal styrkes hos kandidatene.

### *Husmøte*

I mitt materiale fra de tre fokusgruppeintervjuene viser at deltakerne trakk frem husmøte som en arena når de skulle snakke om hvilke erfaringer og opplevelser de hadde ned brukermedvirkning i bofellesskapene.

Ser vi på husmøtene i et empowerment perspektiv kan idealet om demokrati være bærende (Vatne 1998). I det ene bofellesskapet var beboerne oppfordret til å skrive opp ting på saklisten. Madsen (2006) beskriver dette fenomenet i sin forskningsrapport *på samme hav men ikke i samme båt*. Om brukermedvirkning i lokalpsykiatrien. En ide om demokrati hun mener kan bidra til marginalisering og ytterlig undertrykkelse fordi en slik ideologi kan passe best for de brukerne med mest resurser.

Utsagnet fra en av deltakerne om at husmøter ikke var den beste arena for å få frem den enkeltes stemme kan underbygge dette. ”Det er ofte den sterkeste i gruppen som snakker og tar

*opp saker*”. Husmøter som en arena for brukermedvirkning ble trukket frem i samtlige fokusgruppeintervjuene. De ble presentert som en arena hvor beboeren skulle kunne få være med å påvirke. I disse husmøtene var det en del tema som gikk igjen, beboerne kunne være med å bestemme meny til helge og høytidsmat. Videre kunne de bestemme om hvorvidt de skulle ha nye gardiner i fellesareal. Det fremkom også at andre tema som turer og andre felles aktiviteter med beboerne var på agendaen i noen av disse husmøtene.

Husmøtene er en arena hvor alle beboerne var invitert til å delta på, men beboerne i de ulike bofellesskapene utgjør en gruppe mennesker, ser vi på generell teori om gruppedannelse er dette en prosess som virker over tid med ulike faser. Funn kan peke mot at det var en ulikhet i om deltakerne så på husmøtet som en god arena for brukermedvirkning. Deltakerne i de sist etablerte bofellesskapene trakk frem at denne arenaen kunne bli et sted hvor de taleføre og sterke brukerne tok opp saker.

### *Individuell plan*

Den individuelle planen ble beskrevet av deltakerne som beboerens egen plan. Noen av deltakerne trakk planen frem som et godt arbeidsredskap og at en slik plan var noe beboerne hadde tilbud om. I forskriften til individuell plan § 4 slås det fast at individuell plan er en rettighet, brukermedvirkningen reguleres i § 5. Hvor det står at individuell plan ikke skal utarbeides uten brukerens samtykke. Ansvar for utarbeidelse av individuell plan er omtalt i § 6 § 7 ledd e sier noe om hva innholdet i planen skal være. Formålet med individuell plan er å gi et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud (Veileder til forskrift om individuell plan, 2005). Deltakerne hadde kunnskaper om individuell plan og at det var en rettighet beboerne har. Noen av deltakerne hadde erfaringer med at beboerne ikke ønsket en slik plan. Tilbudet skal differensieres for å kunne imøtekomme brukerens behov. På individnivå skal det fortaes en helhetsvurdering av brukerens behov. Tjenester trengs ofte på ulike nivå. Dette skal individuelle planer være med å ivareta og sikre. Det sies videre at hjelpetiltakene må legges til rette for personlig vekst og utvikling mot en mest mulig selvstendig tilværelse. (St. meld. Nr. 25 ).

### *Ansvarsgruppe*

Det var viktig for flere av deltakerne at ansvarsgruppemøtet ble beboerens eget møte, selv om han var psykotisk (Seikkula, 2000). Det fortelles om tidligere erfaringer med slike møter uten beboeren tilstede. Deltakerne forteller at en ansvarsgruppe består generelt av de som har faglig ansvar for de ulike tjeneste til beboeren. Andre innkalles gjerne etter behov. Ansvarsgruppe er

ikke lovfestet. Kontinuitet i en ansvarsgruppe er viktig slik at det er mulig å opparbeide gjensidig kontakt og tillit mellom gruppens medlemmer. Seikkula (2000) fremhever likeverdigheten, alle stemmer må bli hørt og verdsatt.

Levinas vektlegger likeverdighet ved å formidle at det må være med utgangspunkt i den andre i våre forsøk på å hjelpe (Bø og Thomassen, 2000). I følge Bø og Thomassen vil rollene bruker og helper innebærer det en asymmetri i relasjonen der den ene er mottaker og den andre giver. I et slikt perspektiv kan helperrollen innebære en maktposisjon overfor rollen som bruker. Deltakerne brakte maktspektet inn i forhold til ansvarsgruppearbeid. I ansvarsgrupper hvor beboeren var psykotisk og urolig ble det den som ledet ansvarsgruppen som måtte ta kontroll over fremdriften i møtet. Det var likevel beboerens møte som det ble sagt av en deltaker, og at det alltid var noe å gripe fatt i av det som beboeren sa i møtet.

### *Autonomi og paternalisme*

Kritikk mot begrepet emowerment er at tjensteapparatet kan benytte det til å fraskrive seg ansvar. Dersom tanken er at pasienten skal være aktiv og ta alle valg vil de svakeste og sykeste av pasientene ikke få den hjelpen de trenger (Kristoffersen, 2006).

I slike situasjoner blir det imidlertid viktig å trå varsomt. Levinas viser til at gjennom et nærhetsetisk perspektiv hvor viktig det er å kunne se "den andres" ansikt, og la det virke bestemmende på handlinger og tankegang (Bø og Thomassen 2000). Forstår en det slik vil en ikke kunne ekskludere brukerne sine bidrag selv om de tilsynelatende ikke har noen ønsker, bidrag eller engasjement. Vi må prøve å gjenkjenne noe av oss selv i den andres annerledeshet. Kanskje vi kan se vår egen sårbarhet, utilstrekkelighet, avhengighet og hjelpeløshet som kan inntreffe i visse situasjoner. Når vi er i stand til å se dette, speile oss i den andre, så kan det ve ser heller motivere oss til og justerer innholdet i hjelpen vi prøver å gi, slik at det er akkurat passende for den det gjelder.

I denne fordring kan en tenke seg at som helper skal man ikke unnlate å tilby hjelp til brukeren selv om han eller henne ikke viser synlig at behovet for hjelp er der, eller ber om hjelp. I dette ligger utfordringer når det gjelder å vise hensyn og respekt for brukerens ønsker om hvordan hans hverdag skal være. Funn i studien peker på at de ansatte kan oppleve det som vanskelig det å på den ene siden skulle ivareta den enkeltes autonomi, samtidig som den enkeltes hjelpebehov i perioder på grunn av sin psykiske lidelse kan kreve en form for mild paternalisme.

Som hjelper i bofellesskapene er de ansatte i stor grad avhengige av brukerens samarbeidsvillighet for å kunne komme i posisjon og etablere en relasjon til brukeren. Brukeren har makt til å ikke ønske dette samarbeidet ifølge Vatne (1998) vil det i en slik samarbeidende relasjon dreie seg om å dele makt, slik ser vi at både bruker og ansatte må dele makt. Brukeren må gi hjelperen makt til å komme i relasjon og hjelperen må gi brukeren makt til å definere sitt hjelpebehov.

I den videre diskusjonen vil to studier belyses med den hensikt å bringe brukerens stemme inn i denne studien. Jeg har kun diskutert brukermedvirkning sett fra tjenesteyters side i min studie. Hvordan de opplever og erfarer begrepet brukermedvirkning i arbeidet deres i bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser. Ådland (2003) har hatt fokus på hvordan beboerne opplever og erfarer sin tilværelse i bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser.

I Ådlands studie fra Bergen ”Hvordan opplever og erfarer beboere sin tilværelse i bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser?” har han dybdeintervjuet 10 beboere fra fire ulike bofellesskap. Studien bygger på to antagelser. Den ene er at mennesker har behov for sosial støtte og den andre antagelsen var at mennesker har behov for et eget territorier. Studien til Ådland bygger på tre hovedtema, det første er forholdet til seg selv, forholdet til andre og det tredje hovedtema i studien, å ha et eget territorier.

I denne studien var ikke utvalget begrenset til mennesker med spesielle diagnoser men mennesker med psykiske lidelser generelt. Ådlands funn peker på at beboernes opplevelse av å ha sosial støtte var viktig i deres hverdag. Men det å vite at det var hjelp tilgjengelig, at det var mennesker beboerne kunne henvende seg til om de trengte hjelp og støtte. Vissheten om at denne støtten fantes var av stor betydning for beboerens opplevelse av trygghet. Studien peker på at beboerne ikke tok kontakt med med beboere i særlig grad uten at personalet var tilstede i fellessarangement og arrangerte tiltak som var initiert av de ansatte. de informantene som deltok i flere sammenhenger fellesskapet internt i boligen arbeidsfellesskap kontakt med venner, familie. Disse arenaene var viktige positive bekreftelse på egenverdi

Undersøkelsen viser at noen av informantene kunne lengte tilbake til tiden da de var på institusjon. Funn av at noen lengtet tilbake til tryggheten institusjonen representerte, de uttrykte at de følte de trengte tryggere rammer rundt seg enn de hadde i bofellesskapet, og at den friheten som fulgte med var på grensen til hva de maktet.

Studien trekker frem fire hovedaspekter knyttet til det å ha egen leilighet i et bofellesskap. Det første er hvor viktig det var for beboerne å innrede og ha interiør som betydde noe for dem, det kunne være ting de hadde arvet. Bilder på veggene, møbler og andre bruks og pynteting, alt syntes å representere sin spesielle historie og betydning for dem. Et annet moment som studien beskriver er behovet for trygghet og sikkerhet for beboerne ved at de oppfatter leieforholdet til sin leilighet i bofellesskapet og at de opplever at dette gav dem eiendomsrett til sin leilighet. Det at leiligheten er deres og at de råder over den oppfattes som positivt, beboerne kunne selv velge å trekke seg tilbake, eller om de ønsket å motta hjelp

Ådland trekker frem dilemmaer i forhold til om bofellesskapene skal ha en rehabiliterende effekt og ikke bare være en plass for oppvaring, han mener at personalet nå ha en aktiv og bevisst holdning til at beboerne kan utvikle sine evner til å utvikle sine ferdigheter og sosiale kompetanse. I studien hans pekes det på at bofellesskapene kan bli en arena hvor pasientrollen konserveres og at bofellesskapene kan bli omdannet til små institusjoner med kjennetegn som den totale instusjon, i mindre format. Han peker på at hjelperen har evnen til å innta ulike perspektiv samtidig en må ikke overse resurser og muligheter, men er viktig å være åpen på de begrensninger som permanent eller periodevis som er knyttet til den enkeltes lidelse bruk. Ådland (2003) trekker frem at i jakten på helsefremmende faktorer og resurser hos beboerne kan en på den andre siden overse de problemene en alvorlig psykisk lidelse medfører og at for store forventninger kan være med til at den lidende kan oppleve det som uoverstigelige krav og dermed kan øke faren for nye nederlag for enkelte av brukerne. Videre viser han til at hjelperen må ha evnen til å innta ulike perspektiv samtidig som en ikke må overse resurser og muligheter, men er viktig å være åpen på de begrensninger som permanent eller periodevis som er knyttet til den enkeltes lidelse.(Ådland 2003).

Studien til Ådland (2003) viser til at beboerne opplever det positivt å ha sin egen leilighet. I min studie er deltakeren opptatt av at beboerne har sin egen leilighet. Hvor de kan bestemme selv. Det å banke på døren, og respektere den enkeltes eiendomsrett over sin leilighet sees på som en selvfølge. Mine funn peker mot at de ansatte er de som initierer sosiale sammenkomster, måltider og turer. I lys av studien til Ådland er det noe beboerne i hans studie setter pris på. De opplevde dilemmaene som deltakerne i alle de tre fokusgruppeintervjuene som jeg har gjennomført er det funn som peker i retning av det som Ådland beskriver. Som jakten på de helsefremmende ikke må overskygge de problemene som en alvorlig psykisk lidelse kan medføre. I mitt materiale trekker deltakerne frem, at brukermedvirkning gir så mange valg for beboerne. En deltaker snakket om at ambivalensen til beboerne med å velge, og



at i den sammenheng tok de nok mange valg i hverdagen for beboerne. Det ble ikke konkretisert hvilke valg de ansatte tok for beboerne. I studien fra Stange kommune (Bjørngen og Weslund 2006) peker funn i retning av at brukerne de ansatte boveilederene hadde også en pådriverfunksjon i forhold til brukerne. Ser vi dette i lys av min studie, trekker deltakerne frem at de ”maser” nye i perioder på enkelte beboere. Mens funn fra studien (Bjørngen og Weslund) viser til at det oppleves positivt fra beboerne side at de ansatte har en aktiv rolle i forhold til dem.

Dette er et sitat fra et av fokusgruppeintervjuene i min studie. I lys av Ådlands (2003) studie innbefatter det at ansatte trekker frem verdien i å ha egne territorier.

*Å ringe på døren til de som bor var er en selvfølge hos oss. Vi respekterer at leilighetene er deres private område, det kan av og til være vi må låse oss inn..., men da er det at vi har vurdert at det er fare for liv og helse. Det å ha et hjem som en har innredet selv og bestemmer om en vil ha besøk eller ikke... det tror jeg er godt for de.... Det er gøy å se hvor ulikt de har innredet leilighetene sine*

I Studien fra Stange kommune (Bjørngen og Westlund 2006) hvor målet og ønsket om å få vite mer om hvordan deres tilbud opplevdes av målgruppen mennesker med psykiske lidelser. I utvalget var 28 brukere med aldrespredning fra 20-70 år den største gruppen mellom 30-50 år. Kjønnfordelingen var en stor andel av kvinner. Utvalget med ansatte var 8, disse arbeidet ulike deler innen psykisk helsearbeid, sosialkontor, kultur og rus var også representanter med informanter i utvalget. Funn det generelle inntrykk er at brukerne opplever å ha god tilgjengelighet til tjenester innen psykisk helsearbeid. Rapporten fremhever at det individuelle tilbudet oppleves som godt og at tiliten til tjenesteyter er stor. De ansatte sier at å holde håpet oppe og være den stabile. Boveileder funksjonen rapporteres å romme mange funksjoner og at hjelpen som gis var tilpasset brukerens behov, videre var det å være en pådriver sammen med brukeren viktig, samt at denne funksjonen også innholdt en koordinerende og oppsøkende virksomhet overfor denne brukergruppen. I studien fremkom brukernes egne synspunkter på begrepet brukermedvirkning, det rapporteres at brukeren føler seg som hovedperson at det er han som styrer og at hjelpen er gitt på brukerens premisser.

*”jeg føler at det er jeg som er hovedpersonen. At det er jeg som styrer. Det er klart at når jeg har vært kjempedepremert og langt nede, så har de tatt styringa. Men, det er jeg som har vært. Det har gått på mine premisser” (Bjørngen og Westlund 2006 s 16).*

I denne studien er metoden Bruker spør bruker denne metoden er et metodeverktøy for kvalitetsutvikling i et brukerperspektiv. Metoden bygger på en kvalitativ tilnærming ved dokumentasjon og innsamling av brukernes erfaringer med helsetjenesten. Brukerne gis opplæring i fokusgruppemetode og bruker så denne kunnskapen i gjennomføring av intervjuer brukerne av en tjeneste om erfaringer og deres opplevelse av kvaliteten på de tjenester de mottar. ”Erfaringer og kunnskapen til mennesker med psykisk lidelser må anerkjennes og respekteres” (Borg og Topor 2003,s 108).

Verdien i forhold til å ha egen sin leilighet sees på som positivt forteller flere av deltakerne om i min studie. I en av gruppene trekkes det frem at beboerne har vanskelig for å forstå forskjellen på bofellesskapet og sykehuset hvor enkelte av beboerne har bodd lenge. Før de flyttet hit at de har forventninger til at vi et slags sykehus vi også, forteller en deltaker. Det å bevisstgjøre beboerne på nettopp at bofellesskapet ikke er et sykehus, er noe de ansatte var opptatt av.

## 7.0 Avslutning

Brukermedvirkning har de senere år fått relativt mye oppmerksomhet. På bakgrunn av de sentrale føringene ønsket jeg i denne studien å ha fokus på tjenesteyters opplevelser og erfaringer knyttet til begrepet brukermedvirkning. Jeg ønsket videre å ha fokus på ansatte som arbeidet i bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser. Jeg valgte fokusgruppeintervju som metode for innsamling av data. Gjennomføring av de tre fokusgruppene som danner grunnlaget for denne studien, ble avholdt på de enkeltes arbeidsplass. Jeg hadde i utgangspunktet tenkt å samle deltakerne på tvers av bofellesskapene. Dette med tanke på at diskusjonene og refleksjonene kunne blitt større enn det materialet mitt viser til. Dette lot seg ikke gjennomføre da det ble praktisk vanskelig for deltakerne å kunne møte utenom arbeidstid. Samtidig er et trygt og godt gruppemiljø anbefalt for denne type intervju (Malterud, 2003). I de tre fokusgruppeintervjuene opplevde jeg at deltakerne snakket fritt og det kom til gode refleksjoner om tema i alle tre fokusgruppene.

Interessen for brukermedvirkning har utspring helt tilbake til sent 80 tallet, da jeg som miljøarbeider arbeidet i et bofellesskap for mennesker med ulike hjelpebehov. Min utdanningsbakgrunn er sosionom med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Jeg ønsket med denne studien å møte de ansatte med en åpen og nysgjerrig holdning til begrepet brukermedvirkning, og hva deres erfaringer og kunnskaper om tema. Å sette fra seg "ryggsekken" (Malterud, 2003) med min forforståelse, kunnskaper, holdninger og erfaringer om tema var et mål i møte mine informanter. I det ligger at jeg gjennom hele denne prosessen erkjenner, og er åpen om hva som er min forforståelse. og hvordan det kan påvirke meg i min forståelse/fortolkning av fenomenet brukermedvirkning i og under arbeidet med dette prosjekt.

Min mangeårige kliniske erfaring fra fagfeltet har gitt meg erfaringer og kunnskaper som vil kunne påvirke andres syn på meg som forsker. Jeg vil kunne møte forventninger om en slags ekspert på feltet brukermedvirkning. Vider vil intervjusituasjonen som her er en profesjonell samtale gi et asymmetrisk forhold mellom meg og deltakerne. Det er meg som stiller spørsmål, har valgt tema i dette fokusgruppeintervjuet. (Kvale, Brinkmann, 2009). Ved å ha fokus på tjenesteyter som jeg har i denne studien, er det viktig å være klar over at de ansatte i min studie uttaler seg på vegne av en tredje part, beboerne. I denne studien er utsagn som kan identifisere enkeltbeboere underlagt samme strenge krav til anonymisering fra min side.

I denne studien er det ansatte helsearbeidere som er deltakere. Jeg kontaktet personvernombudet og rettet en forespørsel om denne studien innebar meldeplikt. Jeg fikk muntlig svar at det ikke var meldepliktig så lenge jeg skulle intervjuer ansatte og at data ikke skulle oppbevares og behandles elektronisk. Videre skulle ikke kodeprosessen behandles elektronisk.

Man bør alltid stille seg det spørsmål om verdien av den kunnskap som en produserer i en studie er av en slik art at den tjener menneskelige og samfunnsmessige interesser (Kvale, Brinkmann, 2009).

Det at jeg intervjuet en gruppe ansatte, som uttaler seg på vegne av en annen gruppe, her beboere er forhold som jeg har reflektert over. Hadde jeg valgt å ha både ansatte og brukere sammen under intervjuene, ville andre synspunkter kunne kommet frem, den avgrensningen jeg har gjort ved å utelukke beboere i denne studien, er begrunnet i dette prosjektets størrelse og omfang.

De spørsmål som ble stilt under fokusgruppeintervjuene skal sikre gyldigheten (validiteten) til denne studien. Deltakerne ga direkte eller indirekte materiale i forhold til den problemstilling studien har. En pilotstudie ville kunnet avdekket hvorvidt min intervjuguide inneholdt spørsmål som eksempelvis var uklare, og eventuelt andre svakheter. Men på grunn av prosjektets omfang i tid, valgte jeg det bort. Påliteligheten til en studie er avhengig av at respondentene har forstått hva jeg spør om, videre at jeg forstår svarene, (Malterud, 2003).

Jeg møtte engasjerte deltaker i de tre fokusgruppene. De opptatt av brukermedvirkning generelt og som redskap i deres arbeidshverdag. De var opptatte av å styrke beboernes evner til selv å kunne mestre livet. De delte også sine tanker om vanskeligheter i forhold til brukermedvirkning de fortalte om dilemmaer de stod overfor i deres arbeids hverdag. Disse dilemmaene var knyttet til å se beboeren ta valg som innbefattet at kanskje den enkelte beboer ble sykere, og trengte en innleggelse på sykehus. På grunn av beboeren ikke ønsket å ta medisin en periode. ”vi kan jo ikke tvinge de til å ta medisinen sin” dette utsagnet kom fra en deltaker i en av fokusgruppene og kan stå som eksempel på hvor vanskelig de ansatte opplevde og erfarte slike dilemmaer.

Denne studien hvor problemstillingen var; hvordan opplever og erfarer ansatte i bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser begrepet brukermedvirkning. En sammenfatning av funn er gjort med hovedtema, undertema og grunntema. se tabell, nedenfor

<b>Hovedtema:</b> Brukermedvirkning og fag	<b>Hovedtema:</b> Brukermedvirkning på ulike arenaer i bofellesskapet	<b>Hovedtema:</b> Brukermedvirkning og utfordringer
<b>Undertema:</b> Betydningen av refleksjon i praksis	<b>Undertema:</b> Brukermedvirkning i praksis	<b>Undertema:</b> De ansattes opplevelse av dilemmaer
<b>Grunntema:</b> - utdanningens betydning - tverrfaglighet - faglige diskusjoner	<b>Grunntema:</b> - individuell plan - ansvarsgruppe - husmøte - fellesavtaler - fellesareal	<b>Grunntema:</b> - autonomi - paternalisme - privat sfære - samarbeid

Brukermedvirkning og fag. I dette undertema kom det frem behovet for refleksjon i praksis. Deltakerne var opptatt av faglige diskusjoner i forhold til begrepet brukermedvirkning. Funn peker i retning av at deltakerne vektla utdanningens betydning for deres bevisstgjøring i forhold til brukermedvirkning.

Hovedtema to, med undertema; brukermedvirkning på ulike arenaer i bofellesskapene, her peker funn på at både i husmøter, ansvarsgrupper og individuell plan er det stor grad av brukermedvirkning.

Hovedtema tre viser til brukermedvirkning og utfordringer, med undertema; de ansattes opplevelse av dilemmaer i forhold til brukermedvirkning. Deltakerne forteller om opplevde dilemmaer i spennet mellom autonomi og paternalisme. Funn peker mot at ansatte kan oppleve dette som vanskelig.

I en slik praksis er det viktig at alle parter kan utholde den uløste situasjonen. Vi må tåle å stå i disse usikre situasjoner sammen med brukeren og han eller hennes nettverk. Viktigheten av å sammen kjenne på en felles opplevelse av håpløshet som kan oppstå. Det er her mulighetene til å tenke nytt, nye innfallsvinkler, perspektiver kan komme, om vi utholder håpløsheten sammen. Slik beskriver Seikkula, (2000) hjelperollen.

Skal jeg avslutningsvis vise til en eller flere konklusjoner fra denne studien, vil jeg vise til funnene som peker på at det er et engasjement blant deltakerne som er rekruttert fra tre ulike bofellesskap. Utvalget er ikke stort nok til å generaliserer mine funn. Det har ikke vært denne

studiens hensikt. Utgangspunktet har vært å undersøke ansattes erfaringer og opplevelser med brukervedvirkning. Jeg vet ikke om overføringsverdien til andre bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser er tilstede, det gir ikke denne studien grunnlag for å hevde. Likevel om en skulle videreført dette arbeidet, så kunne en studie hvor både ansatte og beboere var deltakere i fokusgruppeintervju om tema brukervedvirkning. Videre kan funn peke på at behovet for mer fokus på brukervedvirkning på deltakernes arbeidsplass, så om videre forskning hadde hatt som fokusområde å utforske mer om hva de ansatte savner i forhold til sin allerede kompetanse i brukervedvirkning. Gjerne ved å inkludere brukerne som medforskere (Bø.Tomassen,2007) i videre utforsking av begrepet brukervedvirkning.

## LITTERATURLISTE

Askheim, O.P. (2002): *Omsorgspolitiske endringer-profesjonelle utfordringerr*. Gyldenda Norsk Forlag AS.

Alvsvåg, H. og Tanche-Nilsen, A. (1999). *Den skjulte reformen-om mestring og omsorg i et hjemmebasert hjelpeapparat*. Tano Aschehoug.

Andersen, J.W. og Karlson, B. (red.) (2001) *Psykiatri i endring*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Borg, M og Topor, A. (2003): *Virksomme relasjoner: Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Kommuneforlaget.

Bø, T og Tomassen, A. (2000): *Mot en mer menneskelig psykiatri. Fra autoritet og kontroll til dialog og deltakelse*. Oslo. Universitetsforlaget.

Bø, T og Tomassen, A. (2007): *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid*. Universitetsforlaget AS

Eide&Eide. (2008): *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk* Oslo Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helgesen, M.K. (2006): *Mange vil ha alt de får, andre vil ikke ha noe* Nibir rapport 2006:21.

Haugsgjerd, Svein, Jensen, Per, Karlson, B, Løkke, A. (2002): *Perspektiver på psykisk lidelse-å forstå, beskrive og behandle*. Oslo Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, K. (2006): *Helsens sammenhenger-Helsebringende prosesser ved kronisk sykdom*. Cappelen 2006.

Kvale, S og Brinkmann, S. (2009): *Det kvalitative forskningsintervju* Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kvale, S. (1997): *Det kvalitative forskningsintervjuet*, Ad Notam Gyldendal AS.

Lauvås, K og Lauvås, P. (1994): *Tverrfaglig samarbeid perspektiver og strategier* Tano A/S.

Løgstrup, K.E. (1999): *Den etiske fordring*. Cappelen Forlag a.s

Malterud, K. (2003) : *Kvalitativ metode i medisinsk forskning-en innføring*.  
Universitetsforlaget.

Madsen, V. (2006): *På samme hav, men ikke i samme båt, brukerperspektiv i lokalpsykiatrien*.  
Høgskolen i Oslo HiO-rapport 2006 nr 20

Satir, V. (1985): *Om å skape kontakt* Aventura Forlag AS Oslo

Seikkula, J. (2000): *Åpne samtaler*. Tano Aschehough

Seikkula, J og Arnkil, T.E. (2005): *sociala nätverk i dialog* bokförlaget Mareld.

Tranøy, K. E. (1991): *Medisinsk etikk i vår tid*. Sigma Forlag A.S.

Vatne, S. (1998): *Pasienten først?* Bergen: Fagbokforlaget.

Ørstadvik. 2002: *Det tvetydige brukerperspektiv-en teoretisk analyse*. I Nordvoll, R. (red.),  
Samfunn og psykiske lidelser-samfunnsvitenskapelige perspektiver-en introduksjon. Oslo  
Gyldendal.

Ådland, A (2003) *Hvordan opplever og erfarer beboere sin tilværelse i bofellesskap for  
mennesker med psykiske lidelser* Hovedfagsoppgave institutt for samfunnsvitenskapelige fag.  
Universitetet i Bergen.

St. meld. Nr. 25 (1996-97): *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjeneste-tilbudene*.  
Sosial-og helsedepartementet.

St.prp.63 (1997-98): *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*.



St. meld. Nr 47 (2008-2009): *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid.*  
Helse- og omsorgsdepartementet.

Sosial- og helsedirektoratet (2001): *Veileder for individuell plan.*

Sosial- og helsedirektoratet (2003): *Opptappingsplanen for psykisk helse.*

Brofoss, K. E og Larsen, F (2009): *Evaluering av opptappingsplanen for psykisk helse (2001-2009).* Norges forskningsråd.

Bjørger, D og Westerlund,H (2006): *Rapport fra BSB- undersøkelse. Tjenester for mennesker med psykisk helseproblematikk.* Stange Kommune. 2006.