



# Brukermedvirkning – fra politikk til praksis

*Hvordan implementeres de politiske målsettingene på bakkenivå?*

## User Participation – from Policy to Practice

*How Do the Street-Level Bureaucrats Implement the Political Goals?*

Ole Petter Askheim

*Professor, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskolen i Innlandet*

[ole-petter.askheim@inn.no](mailto:ole-petter.askheim@inn.no)

### Sammendrag

Tjenesteyterne som står i direkte kontakt med brukerne (bakkebyråkratene) er sentrale iverksettere av omsorgspolitikken. I artikkelen stilles spørsmålet i hvilken grad og på hvilken måte de politiske målsettingene om brukermedvirkning er iverksatt blant de ansatte på bakkenivå. Hvordan erfarer de ansatte som bakkebyråkrater spenninger mellom å ivareta brukernes ønsker på den ene sida, og på den andre forventninger de møter til tjenestene og ansvaret de opplever om å utføre arbeidet ut fra profesjonelle og etiske standarder. Den empiriske konteksten er kommunale omsorgstiltak i form av sykehjem, hjemmesykepleie og boliger for utviklingshemmede og personer med psykiske lidelser. Datagrunnlaget er fokusgruppeintervjuer med de ansatte i tiltakene i to kommuner. Dataene indikerer at for de ansatte handler brukermedvirkning om å realisere sentrale verdier de har med seg gjennom sosialiseringen i yrkesrollen som respekt, lydhørhet og relasjonsbygging. Slike verdier opplever de er vanskelige å realisere på grunn av etiske dilemmaer mellom å realisere brukernes ønsker og hva tjenestutøverne anser for faglig forsvarlig, men også hvordan de opplever at en strengere ressursituasjon og politiske styringssignaler gjør det vanskeligere å imøtekomme målene om deltakelse og medvirkning fra brukerne.

### Nøkkelord

kommunale omsorgstiltak, bakkebyråkrater, etiske dilemmaer, knappe ressurser

### Abstract

The article raises the questions of how and to what degree the political goals of user participation are implemented in practice at street level. Moreover, how do street-level bureaucrats experience tensions between the goals of fulfilling the users' wishes, meeting the expectations of the services and performing their tasks according to professional and ethical standards? The context is municipal nursing homes, home-based care services and dwellings for persons with mental health problems and intellectual disabilities. The empirical data comprise focus group interviews with employees in the care services in two municipalities. The data indicate that user participation for the employees is about realising values they have assimilated from their socialisation into the professional role, such as respect, responsiveness and the importance of building good relations. The employees struggle with realising these values not only because of dilemmas that arise when users' wishes are at odds with what they consider to be justifiable and professional standards, but also because of stricter regimes of resource use and because of political control.

### Keywords

municipal care services, ethical dilemmas, scarce resources

## Innledning

Brukermedvirkning framstår som en stadig mer sentral målsetting i omsorgspolitikken. Særlig fra 1990-tallet og framover har begrepet ekspandert og fått en dominerende plass som politisk målsetting både internasjonalt og her i landet (Askheim, 2017; Barnes & Cotterell, 2012).

Arbeidet som foregår i tjenestene, kan ikke ses avgrenset fra politikken. Tjenesteyterne som står i direkte kontakt med brukerne, blir sentrale politiske aktører. De er hva Lipsky (1980/2010) kaller «bakkebyråkrater» (street-level bureaucrats). De samhandler direkte med brukerne og skal ivareta deres interesser. Samtidig er bakkebyråkratene en del av en organisasjon, en byråkratisk struktur som legger føringer og stiller forventninger til dem. Når bakkebyråkratene skal handle til brukernes beste og samtidig ivareta organisasjonens krav til effektivitet og optimal ressursutnyttelse, kan arbeidssituasjonen oppleves som spennings- og konfliktfylt.

I artikkelen stilles spørsmålet om hvordan og i hvilken grad vi gjenfinner de politiske målformuleringene om brukermedvirkning i praksisutøvelsen på bakkeplanet. Kan vi se forskjeller mellom hvordan ansatte formidler sin praktisering av brukermedvirkning overfor ulike brukergrupper og innenfor forskjellige organisatoriske kontekster? Og hvilke strategier bruker de for å håndtere spenninger mellom å ivareta brukernes ønsker og interesser, forventninger fra tjenesteapparatet og ansvaret for å utføre et godt faglig og etisk arbeid?

Den empiriske konteksten for artikkelen er kommunale omsorgstiltak for sentrale målgrupper for de kommunale helse og omsorgstjenestene: sykehjem, hjemmesykepleie og boliger for utviklingshemmede og personer med psykiske lidelser. Datagrunnlaget er fokusgruppeintervjuer med ansatte i tiltakene i to kommuner.

Etter en redegjørelse for det teoretiske og metodiske grunnlaget for artikkelen presenterer jeg data fra de ulike tiltakene. Jeg gjør så en samlet diskusjon av hvordan de ansatte opplevde muligheter, dilemmaer og hindringer for brukermedvirkning i sitt daglige arbeid innad i og på tvers av de ulike tiltakstypene, og hvilke strategier de tok i bruk for å løse dilemmaene. Studien illustrerer at brukermedvirkning i praksis både henger sammen med hvordan etiske problemstillinger løses, og hvordan strukturelle forhold og politiske prioriteringer setter rammer for brukermedvirkningen. Samlet bidrar den til kunnskapsutvikling om hva som er profesjonenes ulike mulighetsrom for brukermedvirkning, og hvordan de praktiserer mulighetene rommet gir.

## Brukermedvirkningsdiskurser i den norske velferdskonteksten

Siden begrepet brukermedvirkning for alvor kom inn i den norske velferdspolitikken på 1990-tallet (Askheim, 2017), har begrepet fått stadig økende politisk popularitet. Samtidig er begrepet uklart. Det opererer på ulike nivåer og dekker over svært ulike former for medvirkning (Arnstein, 1969; Braye, 2000; Humerfeldt, 2012). Forskjellige definisjoner vektlegger ulike dimensjoner.

Brukermedvirkning kan knyttes til ulike «velferdsdiskurser», som avspeiler forskjellige måter å betrakte forholdet mellom enkeltindividet og det offentlige på (Andreassen, 2005). Analyser av brukermedvirkning i den norske velferdspolitikken konkluderer med at politikken har vært preget av en demokratiskurs eller en rettighetsdiskurs med vekt på brukernes rett til innflytelse og deltakelse som fullverdige samfunnsborgere (Askheim, Christensen, Fluge & Guldvik, 2017; Askheim, 2017). Retten til medvirkning innebærer at tjenestene har en plikt til å involvere brukerne. Det er ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke (Helsedirektoratet, 2017). I senere år har en rettighetsdiskurs blitt supplert med

en «samproduksjonsdiskurs» (Askheim mfl., 2017; Askheim, 2017). Brukeren ses her som en medprodusent eller likeverdig bidragsyter med en komplementær kompetanse til tjenesteyterne. Tjenesteyterne og brukerne skal sammen produsere de gode tjenestene. Samproduksjonsperspektivet fikk sitt gjennombrudd gjennom utredningen «Innovasjon i omsorg» (NOU 2011: 11), og perspektivet har senere stått sentralt i omsorgspolitikken (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, 2018). Samtidig som rettighetene understrekes, vektlegger også samproduksjonsdiskursen ansvaret og forpliktelsene brukerne har for hvordan de lever sine liv. Ut fra en samproduksjonstilnærming vil med andre ord et viktig mål være at brukeren får ansvar for å delta i tjenesteproduksjonen på en aktiv måte (Andersen, 2020).

### **Bakkebyråkratene som iverksettere av velferdspolitikken**

Gjennom boka «Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public service» introduserte Lipsky (1980/2010) begrepene bakkebyråkrati og bakkebyråkrater. Bakkebyråkratene er, som begrepet antyder, ansatte som står i direkte kontakt med tjenestebrukerne og samhandler med dem på «bakkeplan». De er byråkrater ved at de er en del av en organisasjon og en struktur som legger føringer og forventninger til de ansatte, men samtidig utøver de skjønn og har betydelig handlefrihet fordi de er i «menneskebehandler organisasjoner» der hver enkelt sak må vurderes ut fra individuelle hensyn. Bakkebyråkratene blir viktige aktører i implementeringen av politikken, og gjennom fortolkninger av regler og forordninger og prioritering av ressurser får de en innflytelse som går utover deres formelle posisjon. De blir politikkprodusenter like mye som utøvere av den vedtatte politikken (Meyers & Vorsanger, 2007).

Lipsky påpeker at bakkebyråkratenes arbeidssituasjon er spenningsfylt. De vil oppleve vanskelige prioriteringskonflikter innenfor begrensede ressurser og må manøvrere mellom ønsker og forventninger fra brukerne og krav og føringer fra organisasjonen de er en del av og fra omgivelsene. Ofte vil det være slik at noen idealer må forlates for at andre skal realiseres (Vabø, 2014). I dette spenningsfeltet vil bakkebyråkratene utvikle tilpasninger og strategier i måten de utfører rollen på.

Senere litteratur om bakkebyråkratene har i større grad enn Lipsky fokusert mer konkret på hvordan ulike forhold influerer på bakkebyråkratenes arbeid og rammer inn deres muligheter for skjønnsutøvelse (Hupe, Hill & Buffat, 2016; Peters & Pierre, 2007). Dette kan dreie seg om politiske føringer, organisasjonsmessige forhold, ressursmessige hensyn, profesjonelle normer og kulturelle forhold. Wilkins og Wenger (2016) vektlegger at bakkebyråkrater i lite hierarkiske organisasjoner har større muligheter for skjønnsutøvelse enn ansatte som arbeider innenfor strengt hierarkiske strukturer. På tilsvarende måte peker Hupe, Hill & Buffat, (2016) på at nye kontrollregimer som New Public Management reduserer mulighetene for skjønnsutøvelse gjennom å ha søkelys på tilsynelatende objektive standardiseringer som effektene av arbeidet skal måles ut fra).

Evans (2016) mener Lipsky i for liten grad har tatt høyde for hvordan profesjonaliseringen av bakkebyråkratene har betydning for deres skjønnsutøvelse. Gjennom en profesjonssosialisering vil de ansatte ta til seg noen verdier og holdninger som vil prege yrkesutøvelsen. Ikke minst vil dette være tilfellet i velferdsyrkene og i spenningsfeltet mellom å tilfredsstille brukernes ønsker og hva fagpersonene mener er deres beste (Wilkins & Wenger, 2016). Hanssen mfl. (2010) omtaler det første som «brukernes perspektiv» og det andre som «et faglig brukerperspektiv» og hevder at et faglig skjønn bør innbefatte begge perspektivene. Det kan være så vel sammenfall som spenninger mellom perspektivene.

I litteraturen framheves det at analyser av forholdet mellom organisasjonsmessige forhold

og den bredere politikken i liten grad er utviklet, samt hvordan bakkebyråkratene konkret opererer innenfor kontekster med ulike krav, forventninger, normer og relasjoner (Brodkin, 2010; Musheno & Maynard-Moody, 2016). Hva som er bakkebyråkratenes «mulighetsrom» for skjønnsutøvelse (Andersen, 2020), og hvilken retning skjønnnet vil ta, vil ikke være gitt, men må studeres i kontekst.

## Metode og datagrunnlag

Studien som ligger til grunn for artikkelen, er en del av prosjektet «Making user participation work – from policy to practice», finansiert av Norges Forskningsråds program for helse- og omsorgsforskning (2014–2019) og organisert og gjennomført i et samarbeid mellom forskere fra Høgskolen i Innlandet (Lillehammer) og Universitetet i Bergen. Målsettingen med studien var å undersøke hvordan brukermedvirkning ble søkt implementert i ulike kommunale omsorgstiltak. Det empiriske grunnlaget er feltarbeid og fokusgruppeintervjuer foretatt i to kommuner høsten 2015 og våren 2016. I Begge kommunene valgte vi ut et distrikt som ble studert nærmere.

Kommunene varierte i størrelse (en større og en mindre bykommune) der den ene hadde organisert tjenestene i en bestiller–utfører-modell og den andre hadde en tradisjonell organisasjonsform. En av forskerne i prosjektet foretok ukelange observasjoner i tjenestetilbud for sentrale målgrupper for omsorgstjenestene, nærmere bestemt sykehjem, hjemmesykepleie og boliger for henholdsvis utviklingshemmede og personer med psykiske lidelser. Observasjonene ble fulgt opp av fokusgruppeintervjuer med ansatte i disse tiltakene. Observasjoner fra feltarbeidet kunne dermed også legges til grunn i intervjuene.

Denne artikkelen bygger på data fra fokusgruppeintervjuene. Vi foretok et fokusgruppeintervju i hvert tiltak – i alt åtte intervjuer med tre–fem deltakere i hvert intervju. For å sikre bedre bredde i svarene ble fokusgruppeintervjuene foretatt sammen av en forsker og en medforsker med brukererfaring. Medforskerne deltok både i utformingen av intervjuguider og i selve intervjuene. Studien ble godkjent av NSD i juni 2015. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert ordrett i etterkant. I analysearbeidet her har jeg lagt vekt på å få fram de ansattes vurderinger både på tvers av tiltak og på tvers av kommuner.

## Resultater

**Sykehjem: Hva er medvirkning for de skrøpeligste blant oss?**

Virksomheten på sykehjem preges av at beboerne er gamle og skrøpelige. Det er ei gruppe med stadig dårligere helse og med behov for omfattende hjelp. 80 prosent av dagens sykehjemsbeboere har en demenslidelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 36). Sykehjem er i dag primært et tilbud til eldre som ikke klarer å bo hjemme (Ramm, 2013).

De ansatte omtaler «brukerne» av sykehjemmet til dels som pasienter og til dels som beboere. I den ene kommunen brukes pasientbegrepet ganske konsekvent, selv om enkelte framholder at «beboere er et koseligere begrep». Men som de ansatte påpeker: «De er jo pasienter. På et sykehjem er det jo syke.» I den andre kommunen brukes begrepene beboere og pasienter om hverandre, men det framkommer en tydelig motstand mot å bruke pasientbegrepet:

Vi bruker ikke ordet pasient, det bruker jeg sjelden. Vi bruker beboer – da er de ikke bare en pasient, da, lenger.

I framstillingen utover bruker jeg begrepet beboer. I sykehjemsforskriften (Endr. i sykehjemsforskriften og Reseptformidlerforskriften, 2013) er dette betegnelsen som konsekvent brukes.

Brukermedvirkning er ikke et begrep de ansatte bruker. Det betyr ikke at de ikke er opptatt av det, men det er ikke et ord de har i sin terminologi. Som en sier: «Vi snakker nok om det, men vi bruker ikke ordet», eller en annen: «Jeg tenker vi har det med oss i ryggsekken». Brukermedvirkning handler om praktiske ting som hva slags klær den enkelte beboer ønsker å ha på seg, og hva slags pålegg de ønsker å ha på brødskiva. Det kan også handle om en viss individualisering når det gjelder når beboerne står opp (at ikke alle skal være oppe til klokken ni), individuell frokost og hyppighet av dusjing.

Beboernes helsesituasjon innebærer at aktivisering og deltakelse er målsettinger som er vanskelige å realisere, men de ansatte er likevel opptatt av de skal ha innflytelse og delta der det er mulig, for eksempel i stellesituasjoner.

Det som vi lærte på skolen, men det er mange år siden, var at i stellesituasjonen så skulle vi bruke de gjenværende ressursene deres. De skulle få gjøre ting selv. Det er sånn vi gjør. Prøver å la de delta. For eksempel, her er vaskeduken din, så nå kan du vaske ansiktet ditt, så kan du gjøre det selv, ... og da ... spesielt demente må ha tingen rett foran seg. Se dette er en vaskeduk, og den bruker du til å vaske ansiktet med, og nå er du ferdig å vaske ansiktet. De får gjøre det selv, men de må jo ha hjelp.

De ansatte bruker ulike strategier for å få beboerne til å være mer aktive og deltakende i dagligsituasjoner, som å stå opp, ved måltider og komme seg på toalettet. Hvordan de møter beboerne, er viktig for å få dem med seg på hva som skal skje. En må være litt rund i kantene og stille spørsmålene på riktige måten.

Det er som L. sier, at har du lyst til å stå opp, så «nei». Eller har du lyst å dusje? «Nei». Du må si: «Nå skal jeg hjelpe deg med en dusj!», eller du må si: «Nå skal du få lov til å stå opp!», «ja!» [med lys og blid stemme]. En kan nesten gjøre det litt lystbetont å stå opp!

Flere ansatte påpeker at de på grunn av ressursituasjonen har begrenset kapasitet til å aktivere beboerne. Det er for lav bemanning og dårligere beboere, slik at de faste og rutinepregede aktivitetene må prioriteres. Hverdagen styres av vaktordninger og turnuser og praktiske oppgaver som må gjøres. Dette skaper dårlig samvittighet hos en del av de ansatte.

Et tema som skaper dilemmaer for de ansatte, er i hvor stor grad de skal tillate at de svakest av beboerne vil være passive og ikke-deltakende. Det må for eksempel ikke være slik at forventningene om aktivitet utenfra overstyrer at en er lydhør for at noen kan foretrekke å være i ro. Slike dilemmaer kan handle om grunnleggende forhold som medisinerbruk, kost og ernæring og i hvilken grad en skal presse på for å folk til å stå opp.

Dette har vært et hett tema her! Det er ganske mye diskusjon på vår gruppe, i hvert fall, og det er det med ... skal de få ligge ... det er folk på 90 år, og det er greit å få ligge en dag eller ... litt lenger en dag og legge seg litt før en dag, men skal de bli helt sengeliggende? Er det det vi ønsker? Eller ønsker vi at de skal opp? Og dersom de ikke vil stå opp, hva er det de ikke vil? Så det her med ... vinklingen og hva er tvang og ikke tvang – dette er veldig vanskelige spørsmål. Men vi må stille de, og det er veldig viktig. Vi vet jo det at de fleste har godt av å komme litt opp og, og det har jo litt med det å gjøre at vi skal være den fagpersonen som skal skjønne hva som skjer rundt pasienten.

## Hjemmesykepleie – tidspress og variert målgruppe

Tre av fire nye stillinger i omsorgstjenestene de siste 15–20 årene har kommet innenfor hjemmetjenestene, og det er i hovedsak hjemmesykepleien som har økt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 36). Hjemmetjenestene har fått en langt mer medisinsk innretting. Andelen med omfattende bistandsbehov har økt. Dette henger sammen med en «hjemliggjøring» eller «boliggjøring» av tjenestene der målet er at så mange som mulig skal kunne bo i sin egen bolig så lenge det er mulig og ønskelig med hjelp av tilpassede tjenester (Brevik, 2010; Kjølvik & Mundal, 2013). Samtidig har brukergruppen blitt mer variert og sammensatt. Nær 40 prosent av de som mottok helse- og omsorgstjenester i 2016, var under 67 år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018), og andelen med omfattende bistandsbehov er klart størst blant de yngre mottakerne (Mørk mfl., 2018). Utviklingen tilskrives i hovedsak resultater av statlige reformer som ansvarsreformen for mennesker med utviklingshemming, opptrappingsplanen for psykisk helse og samhandlingsreformen og endringer i oppgavefordeling mellom spesialisttjenesten og kommunene som har kommet i kjølvannet av reformene.

Arbeidet i hjemmesykepleien er preget av at det er en variert brukergruppe de ansatte skal betjene, med mange og kortvarige besøk. De opplever også at brukergruppen har blitt dårligere. Etter samhandlingsreformen «kastes folk ut av sykehusene som ikke er friske nok» og kommer «i fanget på hjemmesykepleien». Mange av brukerne de betjener ville også tidligere vært på sykehjem.

I den ene kommunen bruker de ansatte konsekvent betegnelsen «bruker» om tjenestemottakerne, og de ansatte er enige om at valg av begrep forteller noe om holdninger. De er «brukere av hjemmebaserte tjenester. For vi er ikke leger, så de er ikke våre pasienter». I den andre kommunen er pasient den vanlige betegnelsen, og de ansatte er komfortable med det: «De er jo pasienter». Samtidig sier de ansatte at ikke alle «brukerne» er komfortable med å bli kalt pasient. Særlig gjelder dette personer med psykiske lidelser.

Det er veldig vanskelig å finne den rette betegnelsen av og til. Jeg sa akkurat pasient til en for noen dager siden. Og vedkommende irettesatte meg, og det er ... det har han full rett til.

I Helse- og omsorgstjenesteloven (2019) brukes også begge betegnelsene. Pasientbegrepet knyttes til helsetjenester, mens brukerbegrepet knyttes til omsorgstjenestene. I framstillingen videre bruker jeg betegnelsen bruker.

I begge kommunene er det normerte tider for de ulike oppgavene som skal utføres, men det synes å variere hvor strengt de praktiseres. Særlig i den ene opplever de ansatte normtidene som tøffe; ikke minst hvis noe uforutsett oppstår, oppleves det som vanskelig. Det er muligheter for å påvirke tidsnormeringen gjennom tilbakemeldinger, men det må ganske kraftige tilbakemeldinger og gode beviser til før de får gjort om på tidene. I den andre kommunen har de ansatte en mer pragmatisk tilnærming til tidsnormeringen. Der er normeringen mer veiledende. Et gjennomsnittsbesøk anslås til 15 minutter. Tidsrammen kan likevel oppleves som vanskelig ved at det er brukere som er ensomme og kontaktsøkende. Noen har nesten aldri besøk og ønsker nærmest at den ansatte fra hjemmesykepleien skal være der hele tida.

De ansatte i hjemmesykepleien arbeider etter prinsippet om at brukerne i størst mulig grad skal være selvhjulpne. En skal ikke ta over for mye. En skal fremme egenomsorg i betydningen av at brukerne skal utføre oppgaver selv i stedet for at de ansatte skal utføre oppgavene for dem. Men både på grunn av brukernes helse og tida de har til rådighet, kan det skape dilemmaer.

For eksempel kneppe en skjorte. Det er jo veldig fine bevegelser, finmotorikk. Og dersom det tar tyve minutter, så kan vi jo ikke vente i tyve minutter på at de skal gjøre det selv, da gjør vi det for dem. Det er et eksempel. Meningen er at vi skal bistå med det de ikke kan. Og ikke ta fra dem det de faktisk får til. Men det forsvinner ofte. De får det jo til, men det er jo bare det at det tar så mye lengre tid når man blir eldre.

Ofte skjer dette også med brukernes bifall: «Jeg hører gjerne ofte at ‘nei, jeg skal ikke ta opp så mye av tiden din, så du kan gjerne bare gjøre dette, så går det fortere’».

Brukermedvirkning er et begrep som ikke brukes i hjemmesykepleien. De ansatte kjenner til begrepet, men bruker det ikke og diskuterer det ikke som tema.

Jeg må si at jeg ikke synes det dukker opp i så veldig mange sammenhenger i arbeidssammenheng. I teorien, i bøker – der brukes det mye – men vi har ikke snakket så mye på vår gruppe om det begrepet. Men jeg har jo lest – det året jeg tok rus og psykiatri, så var det jo en veldig stor del av litteraturen som tok det opp. Men om jeg ble noe klokere, det vet jeg ikke. Om jeg kan bruke det her, det vet jeg heller ikke.

At brukermedvirkningsbegrepet ikke brukes, betyr likevel ikke at de ansatte ikke er opptatt av tematikken. De snakker om brukerne og hva de vil og ikke vil. Og de er opptatt av at når de er i andres hjem, så er det på brukernes premisser. Noen sier likevel at de kanskje burde jobbe mer for å få det til og være bevisst på det, også fordi mange eldre er vant til å være lydige overfor autoritetene og at ting blir bestemt utenfra.

I praksis kommer brukermedvirkning til uttrykk i diskusjoner om hvor mye de ansatte skal styre når det gjelder forhold som hygiene, kosthold og ernæring. Dette skaper dilemmaer som stadig tas opp på rapportmøter. Der diskuterer de ansatte pasientenes helse, og de henviser til dårlig kosthold. De ansatte er opptatt av å vise respekt for brukerne og hvordan de innretter livene sine, men samtidig kan det skape dilemmaer når det gjelder hva de mener kan tillates, og når de bør gripe inn. De kan oppfordre brukerne til å spise mer eller riktig, men har ikke «lov» til å bestemme hva eller hvor mye. I praksis gjelder det å finne en balanse.

I likhet med på sykehjemmet har de ansatte sine strategier for å få folk til å gjøre hva de mener er det beste for dem.

Du kan jo ikke tvinge noen til noe, du kan jo ikke tvinge noen i dusjen. Det har du ikke lov til. Takker de nei, og du har prøvd ... du prøver gjerne å lure de. Når du er helt ny, så tør du kanskje ikke det. Men når du blir litt eldre, så tar du gjerne litt mer omveier, da tør du det, og spør gjerne ikke så masse, og da tenker jeg spesielt med demente. Og når du lærer de å kjenne, så vet du mer hvordan du kan ... for å klare å få det til ...

**Boliger for personer med psykiske lidelser – mellom selvbestemmelse og styring**  
I etterkant av Stortingsmelding nr. 25 (Sosial- og helsedepartementet, 1997) *Åpenhet og helhet* vedtok Stortinget i 1999 en opptrappingsplan for psykisk helse med konkrete tiltak og forpliktelser. Her sto satsing på utvikling av kommunale botilbud sentralt. Både Opptrappingsplanen og senere reformer som Sykehusreformen (2001) og Samhandlingsreformen (2009) fastslo betydningen av å utvikle lokale og hjemmebaserte tilbud (Borg & Karlsson, 2013). Brevik (2010) viser til at personer med psykiske lidelser har stått for det meste av tilveksten av kommunale boliger til pleie- og omsorgsformål etter at ansvarsreformen for utviklingshemmede ble gjennomført.

Boligene som er studert, er bosted for henholdsvis ni og ti personer. Alderen spenner fra

ca. 30 til vel 60 år. De fleste hadde omfattende institusjonsbakgrunn før de flyttet til leilighetene. Hjelpebehovene beskrives som relativt omfattende. I den ene av boligene praktiseres medleverturnus.

Betegnelsen «beboere» brukes gjennomgående av de ansatte i begge kommunene.

Jeg synes ordet beboer er mye bedre egnet enn ordet bruker, og det er hundre ganger bedre enn pasient ... men vi har vært veldig bevisste på å bruke beboere ... Det gjør den litt mer likeverdige, den relasjonen mellom oss og de.

Det er utarbeidet dags- og ukeplaner for beboerne, som de er med på å utforme. Der står det nedskrevet hvordan dagene deres er lagt opp. I en av boligene er det ukentlige brukermøter, men det er få som møter opp.

En viktig aktivitet er «boveiledning». Det handler om å bistå beboerne i enkelt husarbeid. Prinsippet er at beboerne skal ordne og rydde i leilighetene sine selv, men det er satt opp faste ukentlige tidspunkt for boveiledning der de ansatte sammen med beboerne ser på hva som bør gjøres. Beboerne har likevel betydelig selvbestemmelse på hvordan leilighetene skal se ut både når det gjelder renhold, orden, innhold og møblering. Også ellers er det et uttalt mål at beboerne skal klare mest mulig selv når det gjelder hygiene, matlaging og kontakt med omverdenen. Noen trenger mer hjelp enn andre, og de ansatte prøver å tilpasse hjelpen de gir til hver enkelt. Noen ønsker mye hjelp, mens andre ønsker lite eller ingenting.

Brukermedvirkning er et begrep som i liten grad går inn i dagligtalen blant de ansatte, men samtidig mener de at de i praksis fokuserer på det gjennom å være lydhøre overfor beboernes behov og ønsker. En av de ansatte knytter også brukermedvirkningsbegrepet til ansvarliggjøring hos beboerne.

Det er jo ansvar for eget liv og sårn. Vi prøver jo å ilegge dem eget ansvar for ... det de ønsker, da. Og støtte dem på veien. Så det blir jo en form for brukermedvirkning.

I boligen med medleverturnus framhever de ansatte at en slik organisering gjør arbeidssituasjonen mer fleksibel, og at det blir lettere å være lydhør for beboernes ønsker og behov når de oppstår.

Vi bor her mer, vi må ikke si at nei nå skal jeg av vakt, så nå kan ikke jeg ta den samtalen, for nå skal jeg ha rapport. Vi har lov til å være nedpå hos en i to timer, hvis han trenger at du er der i to timer, for da kan du utsette andre gjøremål til kvelden, det kan faktisk vente – den rapporten som skal skrives eller «whatever». Så sånn sett er det ikke bare det at jeg har mye fri, men du ser at beboerne er så mye mer nedpå når de ser at ... ja, nå har jeg han her i to døgn.

De ansatte innrømmer at brukermedvirkning skaper dilemmaer. Hva skal man tillate, og når oppfatter de at det er nødvendig å gå inn og styre?

Det som kan være litt dilemma i psykiatrien generelt, er at ofte så er det jo ikke så heldig at de [brukerne] styrer. De tenker at de har rett på det og de har rett på det, men ofte er det ikke så heldig at de kan styre ting selv. Det blir litt vanskelige etiske dilemmaer hele tiden i det feltet her. De har krav på brukermedvirkning, samtidig som de ikke skal styre alt. Du har begrepet som er så fint og flott, men samtidig i praksis så er det litt vanskelig.



Konkret kan dilemmaene dreie seg om forhold knyttet til beboernes helse og økonomi. I hvor stor grad skal de ansatte veilede i slike saker? Men også her har de sine strategier for å styre beboerne.

Det er klart at vi av og til kommer i situasjoner hvor vi har lyst å komme med råd i forhold til kosthold og sånne ting. Og vi gjør det jo og, og det føles som en balansegang. For noen føler det som en krenkelse. De ønsker ikke involvering fra oss, så du må kjenne personen litt og vite hvordan du skal gå fram. ... Men det er jo det vi prøver å jobbe med, da ... at vi skal bevisstgjøre dem at de må dele opp månedslønnen i fire uker og sånne ting ... Litt sånn økonomisk veiledning.

Graden av selvbestemmelse vs. styring vil også avhenge av hvilken form beboerne er i. Å differensiere hjelpen og tilbudene mellom beboerne ut fra vurderinger av hva de ansatte mener vil være forsvarlig selvbestemmelse for den enkelte, framstår likevel som konfliktfylt; det kan også oppfattes som at beboerne synes de blir forskjellsbehandlet. Det blir derfor snakk om avveininger mellom den enkelte beboers behov og fellesskapet de tilhører i boligene.

En tematikk som løftes fram, er at beboerne er preget av å ha bodd i institusjon i mange år. Institusjonen «sitter i kroppen deres». Å bringe dem ut av en passiv pasientrolle og medvirke til at de blir mer selvstendige og bedre kan klare seg selv, framstilles som en hovedutfordring. I begge boligene poengterer de ansatte at de fokuserer på den friske siden av mennesket, eller «recovery-modellen», som er et begrep som brukes i den ene boligen. Men i praksis er det komplisert. Beboerne framstilles med liten evne og vilje til å endre livene sine. Selvbestemmelsen kan skape utrygghet når du har vært så lenge i institusjon. Det kan oppfattes som mye tryggere at de ansatte bestemmer. Beboerne klamrer seg til rutiner og prosedyrer og ønsker at det står veldig nøyaktig og detaljert hva som skal skje.

Mange av dem er veldig institusjonalisert. Så jobben vår har faktisk vært å snu det. Begynne å tenke litt selv. Jeg er helt sikker på at da han ene flyttet inn her, så kunne vi fått han til nesten å gjøre alt. Og nå kan vi komme opp på rommet hans og si, er du klar for å dusje i dag, og han sier nei. Det er sånn at jeg nesten jubler. For det er sånn at han har begynt å vise sine egne meninger.

**Boliger for utviklingshemmede – mellom individualisering og institusjonalisering**  
Som følge av «ansvarsreformen for utviklingshemmede» ble de statlige sentralinstitusjonene for utviklingshemmede avvirket i perioden 1991–1996, og ansvaret ble overført til kommunene (Tøssebro, 2019). Kommunale bofellesskap der den enkelte har egen leilighet, ble den vanlige boformen. Samtidig som det har vært en sterk økning i denne boformen, har det særlig etter årtusenskiftet blitt bygd større bofellesskap med plass til flere personer. Mens bofellesskapene i 1994 gjennomsnittlig hadde 3,8 beboere, er antallet i dag mer enn det dobbelte (NOU 2016: 17). Det uttrykkes bekymring for at normaliseringsideologien som lå bak ansvarsreformen, går i feil retning, og at det skjer en reinstitusjonalisering (Tøssebro 2019).

Boligene som ble studert, er bosteder for henholdsvis fem og seks voksne personer. Aldersfordelingen i den ene boligen er mellom 50 og 60 år, mens de er mellom midten av 30-årene og 50 år i den andre. Noen av beboerne har i tillegg psykiatriske problemer.

Gjennomgående bruker de ansatte betegnelsen «bruker» om personene som bor i boligene for utviklingshemmede.

En viktig problemstilling i bofellesskapene er balansen mellom hva som skal være felles aktiviteter, og hvor mye en skal ta individuelle hensyn og gjøre individuelle tilpasninger. Selv om brukerne har egne leiligheter, påpeker de ansatte at bofellesskapene har et sterkt institusjonspreg.

De bor jo egentlig ikke på institusjon, men hele livet deres, hele hverdagen deres er jo institusjonalisert ... fordi de bor her. Selv om de bor i egne leiligheter, så er det jo oss som jobber her, og så er det de andre her ... det er sånn hverdagslivet deres er. De er jo institusjonalisert. Selv om de bor i egne leiligheter.

I de studerte boligene har brukerne egne leiligheter, men samtidig er det et fellesareal. De ansatte påpeker at brukerne bestemmer i sine egne leiligheter, men i fellesarealet er det utarbeidet egne regler for hvordan de skal oppføre seg.

Alle skal være vasket og stelt, de skal ikke snakke stygt, får ikke lov å sove i sofaen på Fellesen, skal ikke erte hverandre, skal være greie mot hverandre, skal ikke være på Fellesen hvis ikke personalet er der, de skal være i leilighetene mellom klokken 00:00 og 07:00. Vi skal ikke slamre med dørene om natten. Om vi ikke følger reglene, må vi gå inn i leiligheten. Og om nødvendig, må vi be om unnskyldning.

Reglene er laget fordi de ansatte har sett det som en utfordring at noen av brukerne har lyst til å være i fellesarealet hele tiden. De har lyst til å komme inn uten å ha vært i dusjen og vil for eksempel ikke gå og legge seg, eller de har ertet og snakket stygt. De ansatte sier at brukerne har vært med på å utforme reglene, og de tas opp på ukentlige husmøter.

Brukermedvirkning handler for de ansatte om at brukerne kan medvirke i konkrete ting i hverdagslivet, som påkledning og mat, og om det er noe de har lyst til å gjøre utenom de faste aktivitetene de er med på.

Brukermedvirkningen vanskeliggjøres likevel ut fra brukernes funksjonsevne. For eksempel sier de ansatte i en av boligene at utarbeidelsen av såkalte målplaner (ukeplaner) for den enkelte bruker i praksis mest utarbeides av de ansatte, selv om brukerne skal være med.

De ansatte beskriver også at brukerne ikke er vant til å velge, og ber derfor de ansatte om å velge for dem. Eller de har vansker med å kommunisere hva de ønsker. Derfor er det viktig å understreke at graden av brukermedvirkning varierer mellom brukerne, og betydningen av å kjenne brukerne og hva de liker og ikke liker, understrekes. De ansatte må også være bevisst på hvordan de formulerer seg.

Det er kjempevanskelig det med valg. Men da tror jeg at hvis du kjenner bruker, så vil du gjerne vite hvordan du skal legge til rette for at de kan velge. Vi har for eksempel en bruker som hvis vi spør vil du ha te eller kaffe, så svarer hun på det siste jeg sier. Og sier jeg kaffe eller te, så sier hun også det siste. Så på en måte må du kjenne til henne – altså hvis du spør om du vil ha te eller kaffe, og gir henne kaffe fordi du tar for gitt at det er det hun vil ha – fordi hun svarer bare det siste.

Særlig i boligen med de eldste brukerne sier de ansatte at de utøver fleksibilitet mht. hvordan brukerne skal ha det i sin egen leilighet, og hva som skal forlanges av dem. For de som er eldre, er kanskje opprettholdelse av ferdigheter viktigere enn å lære nye ting.

De ansatte påpeker også at ressursituasjonen kan vanskeliggjøre brukermedvirkning. Dette gjelder særlig deltakelse på ulike aktiviteter. Det handler både om at de blir opphengt i daglige gjøremål, og at bemanningssituasjonen er for stram. Som en sier: «Aktiviteter er det første som går!»

Men de innrømmer også at de fort kan komme inn i rutiner når de har arbeidet i boligen med de samme brukerne over tid. Derfor må de også være bevisst på faren for at de tar over styringen og styrer mer enn rimelig er.

Brukernes rett til selvbestemmelse og når de ansatte mener det er nødvendig å gripe inn, framstår som sentrale dilemmaer i hverdagen. Det kan handle om brukernes økonomi og hygiene, men også hvordan brukerne lever livet sitt mer generelt. I en av boligene diskuterer de ansatte for eksempel i hvor stor grad de skal tillate at en av brukerne «snur døgnnet», dvs. sover hele dagen og er våken om natta.

På samme måte som i de andre tiltakene har de ansatte også her noen strategier for å styre valgene gjennom måtene de møter brukerne på, og hvordan de spør og kommuniserer.

Hun som har fått fysioterapiøvelser, hun bør jo virkelig gjøre det, sånn at hun ikke skal få smerter i beina. Men så vil hun ikke alltid gjøre det. Så da må vi prøve å legge det fram litt sånn; hvor tid vil du gjøre det? Du spør ikke om hun vil gjøre øvelsene, da får du nei med en gang. Men hvor tid vil du gjøre dem? Det kan du bestemme. Vil du gjøre det nå med en gang, eller vil du gjøre det i kveld. Det å gi dem en opplevelse av noe positivt, at en gir en opplevelse av at hun bestemmer selv.

## Diskusjon

**Brukermedvirkning på bakkenivå: dilemmaer, strategier og hindringer**

Tiltakene som er studert, er alle for personer med behov for kommunal bistand. Samtidig er det betydelige forskjeller mellom brukerne, og de ansatte opererer innenfor svært ulike institusjonelle rammer. Ulikhetene i målgrupper og organisatoriske rammer gjenspeiles i omtalen av brukerne. Pasientbegrepet brukes til dels i sykehjem og hjemmesykepleie, men begrepet er omdiskutert blant de ansatte. Noen knytter det til behandling av syke og en autoritær og paternalistisk tradisjon som kan være vanskelig å forene med målene i dagens omsorgspolitik. I boligene er ikke pasient et begrep som anvendes. Arbeidet som gjøres her, er også først og fremst det som betegnes som «miljøarbeid» (Halvorsen, 2006). Men også i boligene er det forskjeller i begrepsbruken. I boligene for personer med psykiske lidelser bruker de ansatte konsekvent betegnelsen «beboer», mens «bruker» er begrepet som anvendes i boligene for utviklingshemmede. Variasjonen i begrepsbruken manifesteres også i lovgivningen. Som nevnt brukes både betegnelsene pasient og bruker i helse- og omsorgstjenesteloven. I 2012 ble pasientrettighetsloven endret til pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2019).

Det er først og fremst mellom hjemmesykepleien og de andre tiltakene det er stor prinsipiell forskjell i de institusjonelle rammene de ansatte arbeider innenfor. Hjemmesykepleien er preget av at de ansatte gjør korte besøk i beboernes hjem, mens de i sykehjemmene og boligene oppholder seg der i den tida de er på jobb. Forskjellene mellom brukergruppene og de institusjonelle rammene preger hvordan de ansatte vurderer muligheter og dilemmaer rundt å realisere brukermedvirkning. Samtidig er det noen felles temaer og problemstillinger som går igjen på tvers av målgrupper og tiltak, selv om de kan framstå på litt ulike måter.

Brukermedvirkning er ikke et begrep som står langt framme i de ansattes vokabular. Det er et begrep som i liten grad brukes. Det betyr likevel ikke at de ansatte ikke er opptatt av at brukernes skal ha innflytelse, og at de skal være lydhøre for brukernes synspunkter og respektere deres ønsker. De ansatte er opptatt av brukernes rett til å delta og ha innflytelse over sin hverdag og at dette skal skje i dialog og samarbeid mellom dem og brukerne, men uten at de har noe forhold til brukermedvirkningsdiskursene slik de er formulert i den offentlige omsorgspolitikken. For dem handler brukermedvirkning om å realisere sentrale verdier de har med seg gjennom sosialiseringen i yrkesrollen, som respekt, empati og relasjonsbygging. Det er snakk om en implisitt tilnærming til brukermedvirkning som de

beskriver som at den «sitter i kroppen». I praksis knytter de brukermedvirkningen først og fremst til daglige, konkrete situasjoner som mat og måltider, hygiene, klesvalg og tidspunkt for når de skal stå opp og legge seg.

De ansatte trekker særlig fram to forhold som vanskelige og konfliktfylte for å realisere medvirkning fra brukerne. Det ene er knyttet til spenningen mellom Hanssen mfl. (2010) sitt skille mellom «brukernes perspektiv» og «et faglig brukerperspektiv» eller brukernes ønsker og hva fagpersonene vurderer er til det beste for dem. Det er snakk om dilemmaer som oppstår i den daglige praksisen, eller det Komesaroff (1995) karakteriserer som «mikro-etikk». Slike etiske dilemmaer går igjen i vurderingene fra de ansatte i alle tiltakene. Dilemmaene knyttes til brukernes helse eller funksjonsevne og i hvilken grad de ses i stand til å gjøre «riktige» eller «gode» valg ut fra et faglig ståsted.

De ansatte i alle tiltakene har utviklet strategier for å få brukerne til å gjøre det de mener er riktig eller forsvarlig, men uten at det framstår som overstyring. Det handler om hvordan de møter brukerne, og hvordan de spør og kommuniserer med dem. Konkret betyr dette at de ansatte opptrer fleksibelt, prøver å «være litt lure» og bruke «list og lempe». Med utgangspunkt i Foucaults governmentality-begrep omtaler Juritzen og Heggen (2009) slike tilnærminger som en «makte-praksis». Styringen foregår prinsipielt ved at den rettes mot individets selvstyring og utøves gjennom hva Foucault kaller «pastoral makt» (Foucault, 1982, 1994). Foucault sammenligner her maktutøvelsen med den kristne tradisjon. Slik en prest innehar den religiøse sannheten og redder flokken gjennom religiøs frelse, veiledes her individene mot god helse og et sunt og verdig liv ut fra dominerende diskurser i samfunnet og fagpersonenes kunnskaps- og verdigrunnlag. Makten utøves ikke gjennom sanksjoner, men gjennom veiledning og rettleiding preget av godhet, omsorg og oppmuntring. På den måten framstår styringen også mer som selvstyring.

Det andre forholdet som skaper dilemmaer og framstår som en hovedhindring for å realisere brukermedvirkning, er de ressursmessige og organisatoriske rammene de ansatte opererer innenfor. De er på ulike måter opptatt av å fremme deltakelse fra brukerne. På sykehjemmet snakker de ansatte om betydningen av å utnytte beboernes gjenværende ressurser, og i hjemmesykepleien framholder de målet om at pasientene i størst mulig grad skal være selvhjulpne. I boligene er de ansatte opptatt av å gjøre beboerne selvstendige slik at de i størst mulig grad skal bli i stand til å klare seg selv. Samtidig er dette krevende på grunn av knappe ressurser og manglende bemanning, og hverdagen blir lett styrt av daglige, rutinepregede aktiviteter.

En problemstilling som kommer fram på litt ulike måter, er i hvilken grad de ansatte nødvendigvis skal være opptatt av å realisere forventningene om aktivitet og deltakelse hos brukerne. I hvor stor grad skal de godta at noen foretrekker passivitet og ikke-deltakelse? På sykehjemmet knyttes slike dilemmaer til beboernes sviktende helse. I boligene både for personene med psykiske lidelser og utviklingshemmede knyttes problemstillingene til at beboerne gjennom mange år har blitt sosialisert inn i en passiv klientrolle før de flyttet inn i boligen. I hvor stor grad skal de ansatte bestrebe seg på å fremme en aktiv livsform for dem vs. å godta at dette er en livsform de er tilfredse med, og det kanskje skaper mer uro for dem ved å bestrebe seg på å endre den? Dent og Pahor (2015) argumenterer for at press for aktivisering og deltakelse kan bidra til «disempowerment» framfor å realisere målsettingen om «empowerment» av brukerne. Dette vil kunne gjelde situasjoner hvor brukerne velger en rolle som passiv mottaker, selv om de kunne gjøre flere oppgaver selv, eller i situasjoner der de ikke orker å gjøre oppgavene (Andersen, 2019).

Det er i den daglige samhandlingen mellom brukere og tjenesteytere brukermedvirkningen i praksis implementeres. Å kjenne brukerne godt og vite hva de liker og ikke liker, hva de

ønsker og hva slags dagsform de er i, vektlegges av de ansatte som grunnleggende for å få til brukermedvirkning. Organisasjonsforskningen vektlegger også at relasjonen mellom yrkesutøveren og brukeren/klienten er det som utgjør selve kjerneaktiviteten i «menneskebeholdende organisasjoner» (Hasenfeld, 2010). Ikke minst innenfor hjemmesykepleien med sin stramme tidsnormering vil oppfyllelsen av slike målsettinger vanskeligjøres. Da vil oppgaveorientering og effektivisering motarbeide målene om individualisering, brukermedvirkning og samproduksjon i tjenestene (Andersen, 2020; Kleiven, Kyte & Kvigne, 2016).

Organiseringen av vaktordninger og turnuser innenfor sykehjemmene og boligene har også betydning for i hvilken grad de ansatte kan bruke tid til å sette seg ned med den enkelte bruker etter at praktiske, nødvendige oppgaver er gjort. Ansatte i boligen med medlevertur- nus påpeker at en slik organisasjonsform gjør arbeidssituasjonen mer fleksibel og gjør det lettere å tilpasse seg den enkelte brukers behov og ønsker. Her legger ikke stramme turnuser og vaktordninger på samme måte begrensninger for å tilpasse arbeidssituasjonen til den enkelte bruker og hans/hennes behov eller ønsker (jf. Wilkins & Wenger, 2016).

Ikke minst i boligene framstår ressursituasjonen som en hovedhindring for at beboerne kan være med på aktiviteter som tilpasses den enkeltes interesser. I bofellesskapene for utviklingshemmede framstilles dette som en viktig grunn til at de i økende grad framstår som institusjoner. Aktiviteter knyttes til gruppen av beboere, ikke den enkelte beboer (Kittelsaa, 2019; Magnus & Olsø, 2019). Også i bofellesskap for personer med psykiske lidelser foregår mye av den sosiale omgangen mellom beboerne (Eidså, Haralstad & Larsen, 2016). Samtidig kan det framstå som et dilemma i hvor stor grad en kan individualisere tilbud uten at det får preg av forskjellsbehandling.

### Brukermedvirkning – fra politikk til praksis – til politikk

Brukermedvirkning framstår, slik de ansatte i omsorgstjenestene framstiller det, som et begrep som de kjenner til fra utdanningene sine og fra faglitteratur og offentlige dokumenter, men det er ikke et begrep de anvender eller diskuterer i sin daglige virksomhet. Brukermedvirkning handler om å realisere sentrale verdier de ansatte har med seg gjennom sosialiseringen i yrkesrollen. Samtidig viser framstillingen hvordan de synes slike verdier er vanskelig å realisere. Spenningene knyttes til etiske dilemmaer de opplever mellom å realisere brukernes ønsker og hva de anser som faglig forsvarlig, men også til hvordan de opplever at en strammere ressursituasjon og organisatoriske utfordringer gjør det vanskeligere å imøtekomme målene om deltakelse og medvirkning fra brukerne. De opplever vanskelige prioriteringskonflikter og må manøvrere mellom ønsker og forventninger fra brukerne og krav og føringer fra organisasjonen de er en del av, og fra omgivelsene.

Dilemmaene mellom å realisere brukerønsker og hva de anser som faglig forsvarlig (et faglig brukerperspektiv), vies mye oppmerksomhet i velferdsprofesjonenes yrkesetiske retningslinjer<sup>1</sup>. Slike «mikroetiske» problemstillinger står også sentralt i utdanningene til profesjonsgruppene. Etikk, kommunikasjon og samhandling er sentrale temaer. Studenter oppmuntres til å reflektere over egne verdier og teoretiske tilnærminger og i hvilken grad de manifesteres i praksis (Schön, 1983). Samtidig illustrerer studien at det er viktig å studere nærmere hvordan fagpersonene utøver skjønn når de utøver bakkebyråkratrollen, og hvilke hensyn de legger til grunn for avgjørelsene. Dette handler også om å ha et tyde-

1. <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>  
<https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1585635696/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>

ligere søkelys på strategier de ansatte anvender i sine møter med ulike brukere, og hvordan «myke» styringsteknikker under dekke av brukermedvirkning kan gjøre styringen vanskelig å få øye på.

Det andre spenningsfeltet som vektlegges i studien, er hvordan de ansatte opplever at en strengere ressursituasjon og organisasjonsmessige forhold gjør det vanskeligere å imøtekomme målene om deltakelse og medvirkning fra brukerne. Å ivareta samfunnsengasjement og et politisk ansvar er også temaer som vektlegges i profesjonenes formålsformuleringer og yrkesetiske retningslinjer. I dag reises det likevel kritikk mot manglende engasjement og bevissthet blant velferdsprofesjonene for å motvirke strukturelle forhold som vanskeliggjør å realisere målene om brukermedvirkning og deltakelse (for eksempel Askeland & Fook, 2009; Barfoed, 2018; Ekeland, 2011; Fenton, 2016; Lorenz, 2005). Kritikerne hevder at verdier som diskriminering, sosial rettferdighet og strukturelle innflytelsesfaktorer defineres ut av profesjonenes ansvarsområde.

Brookfield (2009) viser til at selv om utdanningsinstitusjonene vektlegger at de framtidige profesjonsutøverne skal preges av kritisk refleksjon, må refleksjonen oppfylle visse kriterier for å kunne karakteriseres som kritisk.

It is quite possible to practice reflectively while focusing solely on the nuts and bolts of process and leaving unquestioned the criteria, power dynamics and wider structures that frame the field of practice. ... Critical reflection calls into question the power relationships that allow, or promote, one set of practices considered to be technically effective (Brookfield, 2009, s. 293).

Samlet er denne studien dermed også en påminnelse om at bakkebyråkratene er politiske aktører ved at de gjennom fortolkninger av regler og forordninger og prioritering av ressurser er de som implementerer politikken. Profesjonelle normer og etablerte kulturer vil her ha betydning. Det er også slik at hvordan de «mikroetiske dilemmaene» løses, vil påvirkes av hvilke økonomiske og organisatoriske rammer bakkebyråkratene arbeider innenfor. Dette har betydning for deres «mulighetsrom» for å vektlegge brukermedvirkning i skjønnsutøvelsen. Hvis en ikke har tid til å la brukeren kneppe skjorta selv eller bemanningssituasjonen er for stram til at en som ansatt kan følge opp brukernes aktivitetsinteresser, henger dette sammen med rammevilkårene en arbeider under.

På den måten tydeliggjør studien også at helse- og sosialfaglig arbeid innebærer en kamp mellom ulike verdier. Økt oppmerksomhet på bakkebyråkratenes mulighetsrom og utvikling av sterkere refleksjon og bevissthet rundt bakkebyråkratenes valg og praksis, framstår som en viktig utfordring for så vel forskning som utdanningsinstitusjoner og fagfelt.

## Referanser

- Andersen, J. (2019). Brukermedvirkning som innflytelse og deltakelse – en studie av omsorgslederes vurderinger. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 5(2), 1–14. <https://doi.org/10.19261/issn.2387-5984-2019-02-05>
- Andersen, J. (2020). The scope of possibilities for user influence in Norwegian municipal care services. *Journal of Social Policy*, 1–19. <https://doi.org/10.1017/S0047279419000771>
- Andreassen, T.A. (2005): *Brukermedvirkning i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Arnstein, S.R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institution of Planners*, 35(4), 216–224.
- Askeland, G.A. & Fook, J. (2009). Editorial. Critical reflection in social work. *European Journal of Social Work*, 12(3), 287–292. <https://doi.org/10.1080/13691450903100851>

- Askheim, O.P. (2017). Brukermedvirkningsdiskurser i den norske velferdspolitikken. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 20(2), 134-149. <https://doi.org/10.18261/2464-3076-2017-02-03>.
- Askheim, O.P., Christensen, K., Fluge, S. & Guldvik, I. (2017). User participation in the Norwegian Welfare Context: an Analysis of Policy Discourses. *Journal of Social Policy*, 46(3), 583-601. <https://doi.org/10.1017/S0047279416000817>
- Barfoed, E.M. (2018). From stories to standardized interaction: changing conversational formats in social work. *Nordic Social Work Research*, 8(1), 36-49. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2017.1417154>.
- Barnes, M. & Cotterell, P. (2012). From margin to mainstream. I M. Barnes & P. Cotterell (red.), *Critical perspectives on user involvement*. Bristol: The Policy Press.
- Borg, M. & Karlsson, B. (2013). Hjemmet som samarbeidsarena – muligheter og begrensninger i lokalbasert psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(2), 105-113.
- Braye, S. (2000). Participation and involvement in social care: an overview. I H. Kenshall & R. Littlechild (red.), *User involvement and participation in social care. Research informing practice*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Brevik, I. (2010). *De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg*. NIBR-rapport 2010:2, Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Brodkin, E.Z. (2010). Human service organizations and the politics of practice. I Y. Hasenfeld (red.), *Human Services as Complex Organizations*, Los Angeles: Sage.
- Brookfield, S. (2009). The concept of critical reflection: Promises and contradictions. *European Journal of Social Work*, 12(3), 293-284. <https://doi.org/10.1080/13691450902945215>
- Dent, M. & Pahor, M. (2015). Patient involvement in Europe – a comparative framework. *Journal of Health Organization and Management*, 29(5), 546-555. [https://doi.org/10.1108/JHOM-05-2015-0078\\_8](https://doi.org/10.1108/JHOM-05-2015-0078_8)
- Eidså, T.H., Haralstad, E.A. & Larsen, I.B. (2016). Vi ønsker å bli sett, men ønsker ikke å bli sett rart på. Om materialitet og mennesker i bofellesskap og dagsentre innen psykisk helsetjeneste i kommunene. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 13(1-2), 57-67.
- Ekeland, T.J. (2011). *Ny kunnskap – ny praksis: Et nytt psykisk helsevern*. Erfaringskompetanse.no 2011:1. Oslo Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Endr. i sykehjemsforskriften og Reseptformidlerforskriften (2013). *Forskrift om endring i forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie og forskrift om behandling av helseopplysninger i nasjonal database for elektroniske resepter* (FOR-2013-06-21-708). <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2013-06-21-708>.
- Evans, T (2016). Street-level bureaucracy, management and the corrupted world of service. *European Journal of Social Work*, 19(5), 602-615. <https://doi.org/10.1080/13691457.2015.1084274>
- Fenton, J. (2016). *Values in social work. Reconnecting with social justice*. London: Macmillan education.
- Foucault, M. (1982). The subject and power. *Critical Inquiry*, 12(2), 219-245.
- Foucault, M. (1994). *Power. Essential works of Foucault 1954-1984. Volume 3*. London: Penguin Books.
- Halvorsen, T. (2006). *Miljøarbeid – teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hanssen, H., Humerfelt, K., Kjellebold, A., Norheim, A. & Sommerseth, R. (2010). Faglig skjønn i utøvelse av profesjonelt helse- og sosialfaglig arbeid. I H. Hanssen (red.), *Faglig skjønn og brukermedvirkning*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hasenfeld, Y. (2010). Worker-client relations: Social policy in practice. I Y. Hasenfeld (red.), *Human Services as Complex Organisations*. Los Angeles: Sage Foundations.
- Helsedirektoratet (2017). *Brukermedvirkning*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29 (2012-2013)), <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252>.

- Helse- og omsorgsdepartementet (2018). *Leve hele livet — En kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. 15 (2017–2018)). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>.
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2019). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2019-06-21-45). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>.
- Humerfeldt, K. (2012). *Brukermedvirkning i arbeidet med individuell plan: – anerkjennelse og krenkelse*. Avhandling for graden philosophical doctor. Trondheim: NTNU.
- Hupe, P. Hill, M. & Buffat, A. (2016). Introduction: defining and understanding street-level bureaucracy. I P. Hupe, M. Hill & A. Buffat (red.), *Understanding Street-level Bureaucracy*. Bristol: Policy Press.
- Juritzen, T.I. & Heggen, K. (2009). Produktive maktpraksiser i sykehjem. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 12(2), 94–104.
- Kittelsaa, A. (2019). Boligen – hjem og arbeidsplass. I J. Tøssebro (red.), *Hverdag i velferdsstatens bofellesskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kjelvik, J. & Mundal, A. (2013). Utgifter til Eldres helse og omsorg. I J. Ramm, (red.), *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*. Statistiske analyser 137. Oslo–Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Kleiven, O.T., Kyte, L. & Kvigne, K. (2016). Sykepleieverdier under press? *Nordisk Sygeplejeforskning*, 6(4), 311–326. <https://doi.org/10.18261/ISSN.1892-2686-2016-04-03>
- Komesaroff, P. (1995). From bioethics to microethics: Ethical debate and clinical medicine». I P. Komesaroff (red.), *Troubled bodies: Critical perspectives on postmodernism, medical ethics, and the body*. Melbourne: Melbourne University Press.
- Lipsky, M. (1980/2010). *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation.
- Lorenz, W. (2005). Social work and the Bologna Process. *Social Work & Society*, 3(2), 224–235.
- Magnus, E. & Olsø, T.M. (2019). Retten til en hverdag med aktivitet. I J. Tøssebro (red.), *Hverdag i velferdsstatens bofellesskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Meyers, K.M. & Vorsanger, S. (2007). Street-level Bureaucrats and the Implementation of Public Policy. I B.G. Peters & J. Pierre (red.): *The Handbook of Public Administration*, London: Sage Publications.
- Musheno, M. & Maynard-Moody, S. (2016). «Playing the rules»: discretion in social and policy context. I P. Hupe, M. Hill & A. Buffat (red.). *Understanding Street-level Bureaucracy*. Bristol: Policy Press.
- Mørk, E., Beyrer, S., Haugstveit, F.V., Sundby, B. & Karlsen, H.T (2018). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017*. Rapport 2018/26, Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- NOU 2011:11 (2011). *Innovasjon i omsorg*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/?ch=1>.
- NOU 2016:17 (2016). *På lik linje – Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming*, <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-17/id2513222/?ch=1>.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (2019). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)* (LOV-1999-07-02-63). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.
- Peters, B.G. & Pierre, J. (red.) (2007). *Handbook of public administration*. Los Angeles: Sage.
- Ramm, J. (red.) (2013). *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*. Statistiske analyser 137. Oslo–Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Schön, D. (1983). *The reflective practitioner: how professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Sosial- og helsedepartementet (1997). *Åpenhet og helhet*, (St.meld. nr. 25 (1996–97)). <https://www.regjeringen.no/contentassets/b0c5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm199619970025000dddpdfs.pdf>.



- Tøssebro, J. (2019). Bakteppet – politiske ideale og utviklingslinjer. I J. Tøssebro (red.), *Hverdag i velferdsstatens bofelleskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vabø, M. (2014). Bakkebyråkratiet – der emosjonelt arbeid blir politikk. I M. Vabø & S.I. Vabo (red.), *Velferdens organisering*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Wilkins, V.M & Wenger, J.B. (2016). Street-level bureaucrats as public actors. I P. Hupe, M. Hill & A. Buffat (red.), *Understanding Street-level Bureaucracy*. Bristol: Policy Press.