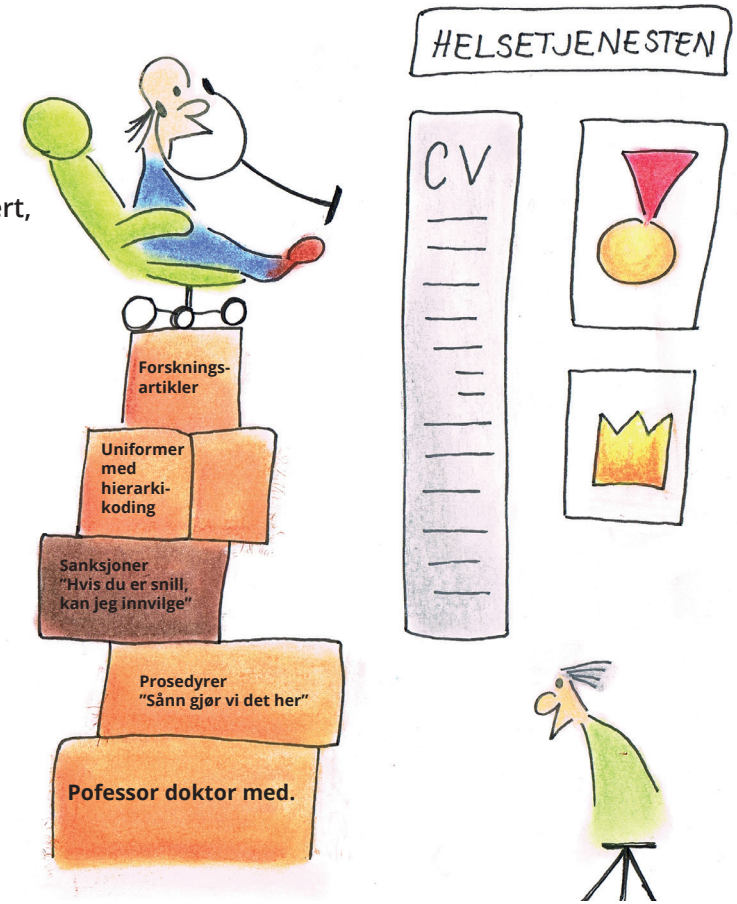
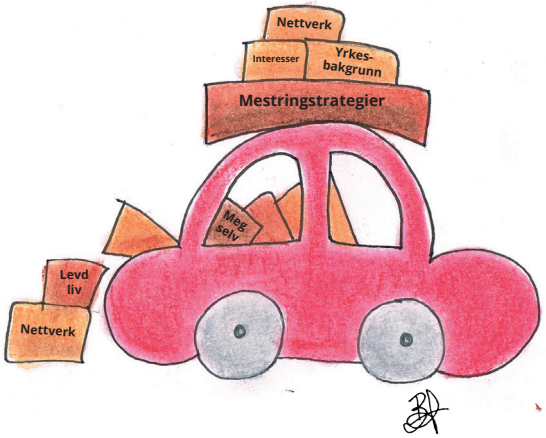
Tema 2

Brukermedvirkning og samskaping

”(...) målrettede samarbeidsprosesser mellom bruker, pårørende, tjenesteytere (...)”

Vi er vel motivert, er vi ikke?





Tilbakemeldingene fra brukere og deres organisasjoner peker på at brukermedvirkningen fortsatt er mangelfull i tjenestene. Det svikter i involveringen av den enkelte i beslutninger om eget liv. Det svikter også i involvering av brukerrepresentanter på systemnivå. I tillegg ligger det en ubrukt ressurs i å gjøre brukerorganisasjonenes tilbud kjent for alle som kan ha glede av dem, og i å samarbeide med brukerorganisasjonene om å utvikle nye tilbud. Særlig sårbare er barn og unge i overgangen fra barn til ungdom og unge voksne. Ofte er det foreldre, foresatte eller andre voksne som uttaler seg når tjenester til barn og unge skal utvikles og evalueres. En tjeneste som lytter til og møter ungdom der de er, er grunnleggende for å gi ungdom med alvorlig

I hvilke situasjoner utfordres brukermedvirkning i din tjeneste?

Hvordan sikrer prosedyrer/rutiner brukernes medvirkning i din tjeneste?

sykdom og/eller funksjonsevne mestring i overgangen til voksenlivet. Utsatt er også brukere med begynnende demens eller kognitiv svikt, som også skal ha mulighet for medvirkning.

Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering, 2017-19

På 1960-tallet utviklet "Independent living – bevegelsen" seg blant høytutdannede mennesker med nedsatt funksjonsevne i USA. Bevegelsen vokste fram som en reaksjon på det de mente var samfunnets undertrykking av funksjonshemmede. Denne bevegelsen markerte starten på en prosess hvor brukerne i økende grad har fått større rett til å medvirke både ved utvikling av tjenestene og når det gjelder egen oppfølging. I Norge ble paradigmeskiftet synlig ved at Lov om pasientrettigheter (1999) og Lov om helseforetak (2001) påla helseforetakene å inkludere pasientene i beslutninger, både på individuelt og organisatorisk nivå (Pedersen, Hofman & Mangset, 2007).



Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon

Pasient og brukerrettighetsloven § 3-1

Retten til innflytelse er en demokratisk rett som følger av menneskets iboende verdighet (Kjellevold, 2005). Medvirkning har også en terapeutisk effekt ved å øke motivasjon. I en mestrings- og rehabiliteringsprosess kan vi si at brukermedvirkning er en slags mellomstasjon på veien mot at personen selv tar styringen over eget liv (Bredland, Linge og Vik, 2011). Det å oppleve mestring forutsetter at man er aktiv deltaker selv. Brukeren definerer retningen og målene, og bør så langt som mulig bære hovedansvaret i prosessen. Er det ikke brukermedvirkning, kan man ikke kalle virksomheten for rehabilitering (ibid). Ansvaret som legges på brukeren må hele tiden være tilpasset personens forutsetninger.



Tør vi overføre makt til brukeren? Hvilke dilemmaer kan dere se ved dette?

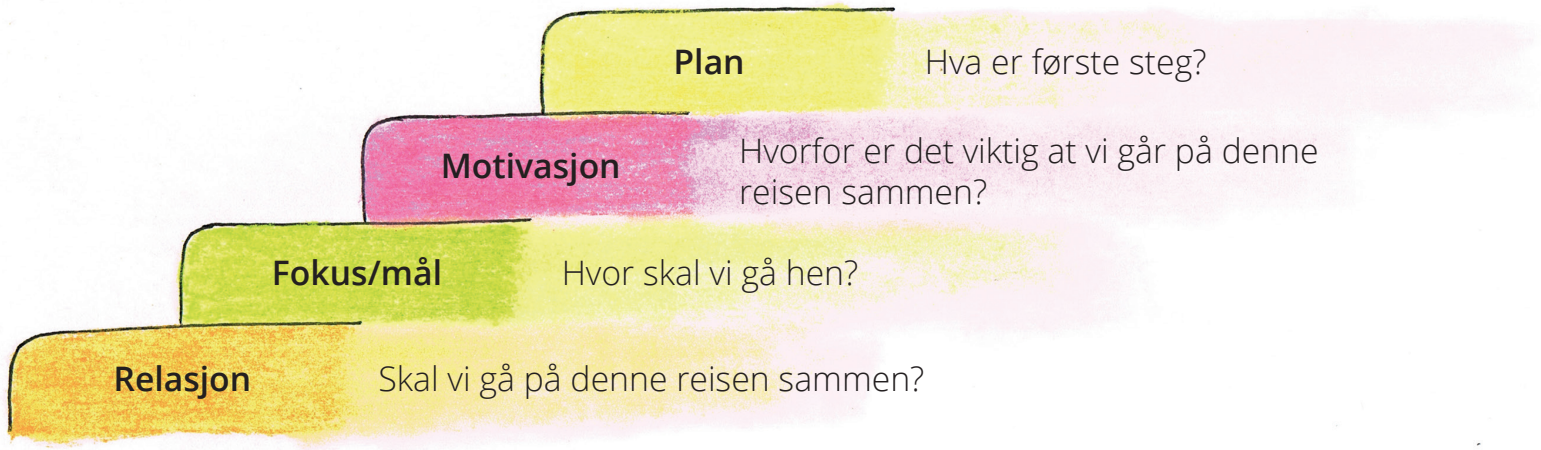
Ofte vil det å bygge opp brukerens evne til medvirkning og mestringskompetanse være en viktig del av prosessen. Dette har et affektivt aspekt, noe som nødvendiggjør en trygg atmosfære og en opplevelse av at man vil hverandre vel. Tjenesteutøverne må derfor inneha relasjonskompetanse. Tveiten (2008) henviser til Linder og Mortensen (2006), og definerer relasjonskompetanse som «evnen til å etablere, fastholde og

etter hvert avvikle kontakt, og ut fra denne kontakten ha evnen til å ta ansvar for å skape et utviklingsstøttende og lærende samspill.» Relasjonen må være i fokus gjennom hele veiledningsprosessen. Relasjonen mellom helsepersonell og bruker er i utgangspunktet asymmetrisk. Et samarbeid forutsetter at aktørene er likeverdige. Det er den profesjonelle som har ansvar for å bygge opp en mer symmetrisk relasjon, og dette forutsetter at brukerens kunnskap anerkjennes og bringes inn i samarbeidet. Myndiggjøring av brukerne er en forutsetning for brukermedvirkning, og dette knytter brukermedvirkning til begrepet "empowerment", som gjerne oversettes med "egenkraftmobilisering" (Bjørsland et al, 2012; Sigstad, 2004). Gibson (1991) definerer empowerment som en sosial prosess som bidrar til å identifisere, fremme og styrke folks muligheter til å møte egne behov, løse egne problemer og mobilisere nødvendige ressurser slik at man kan oppleve å ha mest mulig kontroll i eget liv eller over de faktorene som påvirker helse (Tveiten 2016, s. 29) Makt må overføres fra tjenesteutøveren til brukeren, og dette er tjenesteyters ansvar.



Hvordan gjennomfører du en forventningsavklaring hvor bruker og du snakker om roller og forventninger til hverandre?

William R. Miller, som er opphavsmannen til *motiverende samtale*, fremhever relasjonsaspektet som selve grunnmuren i klientarbeid. I figuren nedenfor er metoden fremstilt som fire delprosesser, hvor det å etablere en gjensidig nyttig relasjon "er en forutsetning for alt som følger" (Miller og Rollnick, 2013 s. 42).



E-læringskurs om helsepedagogikk fra Regional kompetansetjeneste for rehabilitering.



Tillit er å legge sin sårbarhet i andres hender.

Sissel Tveiten, 2008, s. 85

Begrepet ”kommunikasjon” betyr ”å gjøre noe felles”. Eide og Eide (2017) sier at din kommunikasjon som helsearbeider skiller seg fra privatlivets i form av at all kommunikasjon i helseprofesjonene er ment å være til hjelp for brukeren. Finset (2004) viser til kommunikasjon som et kraftfullt virkemiddel – både for resultatet av rehabiliteringsprosessen, og fordi helsearbeideres utsagn ofte utløser sterke følelser, og kan brenne seg fast i bevisstheten hos mennesker i krise. Når vi ser rehabilitering som et samarbeidsprosjekt, blir en viktig kommunikativ oppgave for hjelperen å skape en “arbeidsallianse”. Dette vil si en gjensidig, positiv innstilling mellom hjelper og bruker til å samarbeide om å nå et felles mål. Gode kommunikasjonsferdigheter handler om å åpne opp for disse perspektivene og oppnå økt forståelse slik at man kan hjelpe brukeren best mulig (Eide & Eide, 2017).

Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse, har laget kompetansehevingsprogrammet ”treff meg” om ung medvirkning

I all kommunikasjon meddeles både en sak, og hvem vi er for hverandre (Thornquist, 2003a). Halstead (2001) skriver at vi er for biomedisinske i vår orientering, og må fokusere mer på relasjonsaspektet i samarbeidet med brukeren. All pasientbehandling vil innebære både en oppgaverettet, instrumentell, komponent (fremme fysisk funksjon, selvstendighet etc.) og et element som handler om relasjonen til brukeren – ekspressivt aspekt. Vi er opplært til å være løsningsfokuserte og målrettet, og dette innebærer en fare for at vi er for lite bevisst de ekspressive aspektene ved arbeidet vårt (Finset, 2004). Samtidig vil instrumentelle ferdigheter og kunnskap være viktig for muligheten til å sette seg inn i et annet menneskes situasjon. Den instrumentelle kompetansen styrer blikket, slik at man kan få øye på forhold som andre ikke oppdager eller reflekterer over. Uten denne kunnskapen vil vi derfor ikke oppdage hva som er viktig for brukeren, og uten at man vet hva som står på spill, hjelper det ikke med gode kommunikasjonsferdigheter (ibid.).

Tveiten (2016) påpeker at vi som fagutøvere befinner oss i både en livsverden, hvor vi åpner opp for brukerens forståelse, opplevelser og erfaringer, samtidig som vi må forholde oss til en systemverden, med helsevesenets rammer og begrensninger. "Å være i begge verdener samtidig krever bevissthet om egen rolle og funksjon, om det å både være i en relasjon og samhandle som fagutøver", skriver hun.



For at bruker skal kunne medvirke, må han ha mulighet til å være forberedt til møtene med helsevesenet. På hvilken måte jobber dere for å gjøre arbeidsprosesser kjent for brukeren?

Klinikerens kompetanse	Pasientens kompetanse
Diagnose	Opplevelsen av sykdom
Sykdomsårsaker	Sosiale forhold
Prognose	Holdning til risiko
Behandlingstilbud	Verdier
Utfallets sannsynlighet	Preferanser

I løpet av de siste 70 årene har kommunens rolle forandret seg vesentlig. Etter krigen mente man at kommunen skulle styre og administrere befolkningen, og kommunens myndighetsrolle var hovedfokus. Dette kan vi kalle "kommuneversjon 1.0". "Versjon 2.0" er den vi har i dag, hvor kommunen ser på innbyggerne som kunder som etterspør kommunale tjenester, og hvor kommunen anstrenger seg for å gi kundene et best mulig tilbud innenfor de rammene som blir stilt til disposisjon. Nå ønsker myndighetene å dreie kommunerollen mot en "versjon 3.0" hvor kommunen forholder seg til innbyggerne som medarbeidere. Fremtidens helsetjeneste bygger på et samarbeid mellom brukere, pårørende, frivillige, andre innbyggere og tjenesteytere, både når det gjelder planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak og tjenester. Se filmen Stavanger kommune har laget om samskaping.



Stavanger kommunes film om samskaping.



Om fagomrader, utvikling, innovasjon og samskaping i kommunene.



Bruk av metaforer i samtale med pasienter.

Helsetjenestenes intensjon om å skape en samarbeidskultur med brukerne synliggjøres gjennom dannelsen av nyord med forstavelsen sam-, som brukes om interaksjoner og fellesskap. To slike ord er ”samskaping” og «samvalg». Med samskaping bringer du viten, ressurser og kompetanser sammen fra innbyggere, sosiale entreprenører, foreninger og bedrifter og utvikler felles løsninger *sammen med* de involverte innbyggere, i stedet for *til* dem.

Samvalg anbefales som norsk avløserord for ”shared decision making”, det å involvere pasienter aktivt i avgjørelser om behandling og andre tiltak i helsetjenesten. Tjenesteyter og bruker deler den beste tilgjengelige kunnskap og brukeren støttes i å vurdere ulike alternativer for å kunne gjennomføre et informert valg. Samvalg er blitt definert som ”en tilnærming der lege og pasient deler den beste, tilgjengelige kunnskap når beslutninger skal tas, og der pasienten støttes i å vurdere ulike alternativer, for å kunne gjennomføre et informert valg” Motivasjon og god vilje er ikke tilstrekkelig for å gjennomføre slike samvalg. Det kreves både kunnskap og ferdigheter, og det er derfor utviklet nettbaserte verktøy som støtte i denne prosessen. (Nylenna, 2015 med henvisning til Elwyn, Laitner og Coulter, 2010 og Elwyn, Frosch og Thomson, 2012).



Hvordan jobber dere med samvalg og samskaping i din tjeneste?

> *Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og er dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke.*
>
> Helsedirektoratet

> *I de fleste tilfeller vil det være av avgjørende betydning for å lykkes at de (pårørende) inviteres og trekkes med i rehabiliteringsopplegget. De har ofte håndtert situasjonen lenge før hjelpeapparatet kom tungt inn og har skaffet seg erfaring og kunnskap som er nyttig i fortsettelsen. Samtidig har de også behov for faglig veiledning, avlastning og støtte, for å kunne bidra i det videre forløpet. (...) Forutsetningen er at både fagfolk, pårørende og brukere spiller på lag og innretter seg etter de mål den enkelte har satt.*
>
> Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering, s.27.



En fortelling om Lukas

Akershus universitets-sykehus har laget et program for foreldre som pårørende.

Det var en lang og hard natt da lille Lukas kom til verden. Lettelsen var stor da Lukas etter en ukes observasjon kunne skrives ut som et friskt barn. Da Lukas var fire måneder, foreslo helsestasjonen å be om en konsultasjon hos fysioterapeut fordi de mente at motorikken ikke var helt som den burde være. Fysioterapeuten så raskt på barnet at her var det mye som var vanskelig, og foreslo å følge opp barnet en periode fremover. Allerede ved tredje konsultasjon spurte far om de snart kunne avslutte oppfølgingen. Fysioterapeuten viste foreldrene hvilke ferdigheter som var forventet i forhold til alder, og sa at hun gjerne ville fortsette å treffe Lukas fram til hun så at han utviklet seg som forventet. Etter hvert ble flere og flere fagpersoner og spesialisthelsetjenesten koblet inn i utredningen, og Lukas fikk etter hvert diagnosen cerebral parese.

Da Lukas var to år, var fagpersonene rimelig sikre på at han ville trenge omfattende hjelp og tilrettelegging både i forbindelse med barnehagestart, og når han etter hvert skulle begynne på skolen. I det tverrfaglige teamet var det stor uenighet om hvilken informasjon som skulle gis til foreldrene på hvilket tidspunkt. Foreldrene hadde fått opplæring i tiltak for å opprettholde bevegelighet og bedre funksjon hos barnet, men det virket ikke som de fulgte opp dette. Noen fagpersoner mente at foreldrene måtte ta alvoret innover seg så fort som mulig, for at man skulle komme i gang med riktige tiltak. Blant annet ønsket disse fagpersonene å søke tilbudet «intensiv oppfølging der barnet bor» ved Ahus. De samme fagpersonene argumenterte for at de hadde en plikt til å gi all informasjonen så fort som mulig, og støttet seg på en brukerundersøkelse hvor foreldre til barn med funksjonshemming sa at de ønsket mer informasjon om hvem de kunne henvende seg til for å få hjelp så tidlig som mulig.

Andre fagutøvere mente at foreldrene fortsatt var i sjokk, og ikke var klar for å konfronteres med at Lukas ville få omfattende hjelpebehov på et senere tidspunkt. Fagpersonene var enige om at Lukas ved skolestart ville trenge omfattende hjelp og tilrettelegging i forbindelse med forflytning, toalettbesøk, spising og kommunikasjon. I tillegg ville det kreves et regime med hjelpemidler, ståstativ, spasmedempende tiltak og større ombygginger for at klasserommene skulle være tilgjengelige for ham. Fagpersonene var uenige om hvor tidlig foreldrene skulle få denne informasjonen, samtidig som de så et behov for å starte planleggingen så tidlig som mulig.



Diskutér egne erfaringer rundt dilemmaene som historien peker på. Hvordan kan vi sikre at brukere/pårørende får riktig informasjon til riktig tid?

E-læringskurs om familiefokusert praksis laget av Akershus Universitetssykehus m/ flere.

Kunnskap og forståelse for hvordan sykdom eller skade hos en person kan påvirke alle de andre medlemmene i familien, vil være viktig for helsepersonell når de skal samarbeide med brukeren og hans nettverk. Kitzmüller, Asplund og Häggstrøm (2012) har forsket på hjerneslag som en "familiesykdom", og har dybdeintervjuet slagrammede, ektefeller og deres barn. Forfatternes konklusjon er at helsepersonell bør undersøke familierelasjoner og kommunikasjonsmønstre, og se på familien som en enhet bestående av unike personer med forskjellige behov.

Opplevelser fra slagrammedes ektefeller

Ektefellene fortalte at de i akuttfasen måtte være både sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut, kjempe for den slagrammedes rett og ta over roller og ansvar. Dette førte med seg mye redsel og usikkerhet, og kom i konflikt med jobbforpliktelser. De fleste måtte redusere stilling eller slutte å jobbe, noe som førte til dårligere familieøkonomi. De kunne oppleve den slagrammede som en fremmed med barnslig, aggressiv, kontrollerende og sjalu oppførsel. Depresjon og selvmordsforsøk hos den slagrammede gikk utover deres egen mentale helse. Ektefellene til personer som var rammet av afasi følte at partneren ble oversett og stigmatisert av omverdenen. De var redde for at den slagrammede skulle bli passivisert og miste intellekt. De opplevde at venner og nettverk forsvant. Den slagrammede trakk seg gjerne tilbake, og partneren måtte kjempe enda hardere for å holde på nettverket. Ektefellene var ofte av den oppfatning at den slagrammede ikke hadde blitt så bra hvis det ikke hadde vært for dem. De fortalte også at de i den akutte fasen hadde et stort behov for støtte fra den «utvidete familien» fordi de fikk lite hjelp av helsevesenet.

Drøft erfaringer med å jobbe med hele familiens samspill og mestring.



En fortelling om Kristoffer

Kristoffer ble hardt skadet i en trafikkulykke da han var 16 år. Sjåføren dro Kristoffer ut av bilen, og stakk deretter fra stedet med Kristoffer liggende i veigrøfta med store hodeskader. Etter nesten et år på Sunnaas, kom Kristoffer til en leilighet i hjemkommunen. På alle ansvarsgruppemøter var det fire til fem advokater til stede for å sikre at Kristoffer fikk den oppfølgingen han hadde krav på, og det var generelt mye støy rundt samarbeidet med kommunen. Koordinatoren ble sykmeldt på grunn av dette store trykket, og fami-

Drøft erfaringer med gne erfaringer med brukere eller pårørende som føler de må kjempe for å få tjenester.

lien valgte ut en ny koordinator for ansvarsgruppa. En uke før hvert ansvarsgruppemøte hadde moren og koordinatoren et formøte hvor man gikk gjennom mål og tiltak, og hva man skulle snakke om på ansvarsgruppemøtet. Dette endret samarbeidsklimaet betraktelig, og moren følte ikke lenger behov for å ha med advokat på møtene. Koordinatoren klarte å trygge moren på at alle fagpersonene gjorde alt de kunne for at Kristoffer skulle bli bedre, og at de ville stilt opp uansett om hun hadde kjempet eller ikke.

Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering understreker behovet for teambasert og tverrfaglig tjeneste. Et slikt samarbeid vil si at alle jobber mot samme mål, og at alle er avhengige av hverandre for å nå målet. Det tverrfaglige samarbeidet handler om mer enn informasjonsutveksling, men alles bidrag inn mot en felles virkelighetsforståelse. Tverrfaglig samarbeid er mer tidkrevende enn fagpersoner som jobber parallelt med hver sin avgrensede oppgave og bare holder hverandre informert (flerfaglighet). Derfor er det viktig å være bevisst i hvilke situasjoner man skal prioritere tverrfaglighet, slik at man bruker tilstrekkelig tid til å få samarbeidet til å fungere godt. Flerfaglig samarbeid egner seg best der hvor oppgavene lett lar seg fordele ut fra den kompetansen hver enkelt fagperson har. En tverrfaglig arbeidsform er hensiktsmessig der flere problemstillinger griper inn i hverandre, og hvor det er et behov for å belyse situasjonen fra mange vinkler for å kunne oppnå en forståelse. Man har en grunnleggende holdning om at flere yrkesgrupper er kompetente til å ta på seg mange av oppgavene, men med ulike tilnærminger. Dette gjør at alle deltakerne i teamet anses som like kompetente, man anerkjenner personlige egenskaper og kompetanse ved siden av den formelle utdanningen, og alle beslutninger av betydning for målet tas i fellesskap. Tabellen på neste side viser forskjeller på flerfaglig og tverrfaglig samarbeid.



Se filmen med Henning Bang om å jobbe i team: https://www.youtube.com/watch?v=4x28G36L-SZs

Analyser deres eget samarbeid i forhold til de fem punktene han nevner.

I de fleste tilfeller er det antakelig snakk om en organisering et sted mellom de to arbeidsformene i sin rendyrkede form, som illustrert ved linjen nedenfor:



Tverrfaglig samarbeid
Helhet
Felles mål

Flerfaglig samarbeid
Enkeltdeler
Hver sine mål



Mer om tverrfaglig samarbeid og samhandling.

Mer om samhandlingskompetanse.

Tabellen nedenfor viser forskjeller ved flerfaglig og tverrfaglig samarbeid

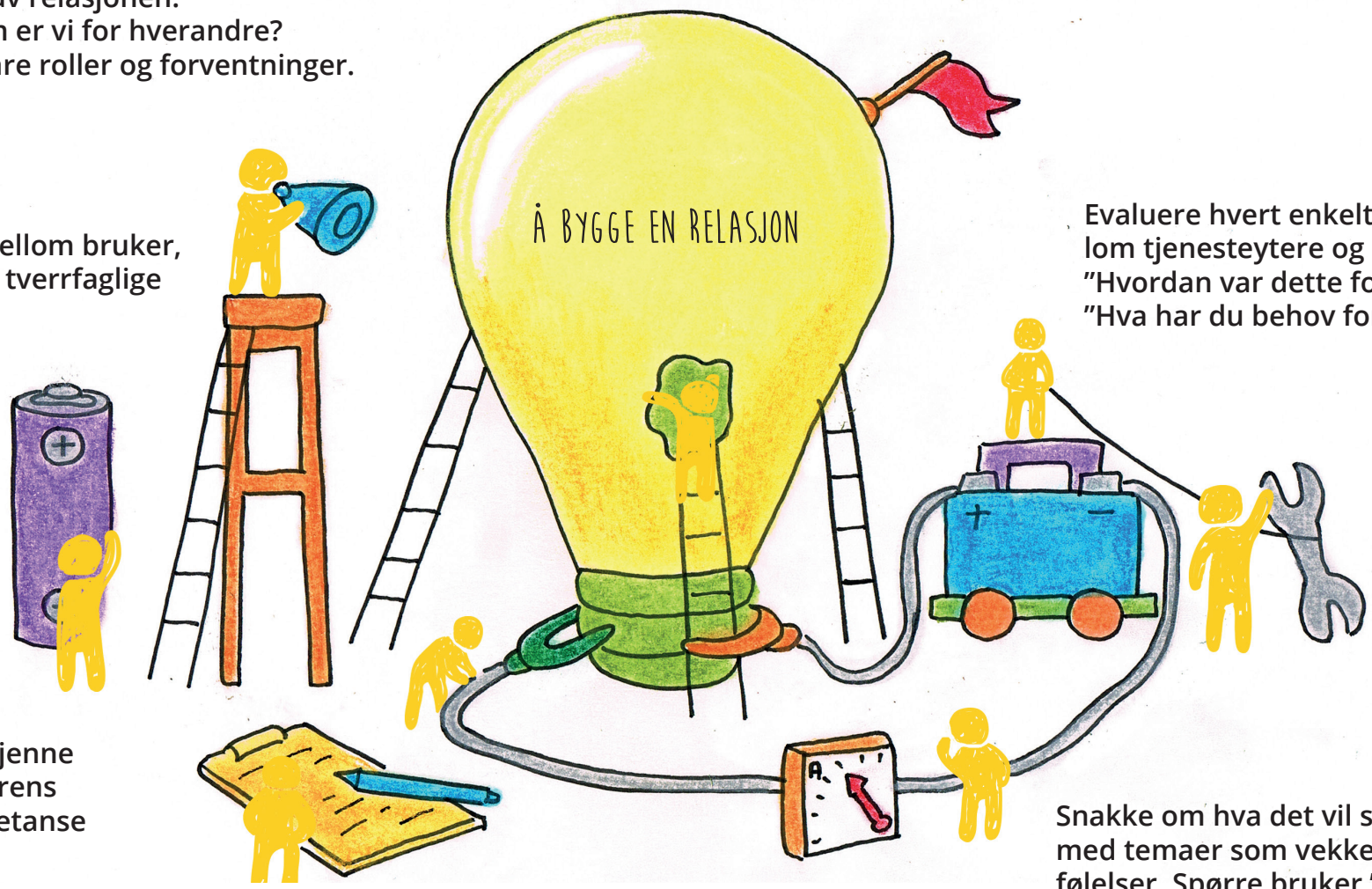
Områder	Flerfaglig samarbeid	Tverrfaglig samarbeid
Problemstillingens karakter	Relativt avgrensede og klare problemstillinger	Sammensatte eller diffuse problemstillinger som griper inn i hverandre.
Mål	Hver faggruppe setter egne mål	Brukerens mål styrer, og teamet setter felles overordnede mål.
Oppgavens karakter	Oppgavene lar seg dele opp i enkeltoppgaver som kan fordeles	Oppgavene er sammensatte, og de enkelte delene påvirker hverandre.
Kompetansebehov	Behov for ulik kompetanse for å ivareta av deler av oppgaven. Behov for kompetanse direkte i forhold til deloppgavene. Formell kompetanse viktig.	Behov for ulik kompetanse for å få bred sammordnet vurdering av løsningsmuligheter. Behov for kompetanse direkte i forhold til deloppgavene, og samtidig behov for samarbeidskompetanse og kompetanse i å vurdere helhet, sammenheng og dynamikk. Overlappende kompetanse er vanlig Realkompetanse er ofte viktigere enn formell kompetanse.
Roller	Klart definerte roller knyttet til de avgrensede oppgavene.	Fleksible roller – noen ganger er det viktig at oppgaven blir ivaretatt av en bestemt fagperson, andre ganger er det viktigere at oppgaven blir gjort enn hvem som gjør den.
Rutiner og arbeidsmåter	Faste, standardiserte, regelbundne rutiner.	Fleksible, individualiserte, variable rutiner.
Organisering	Hierarkisk struktur relatert til kompetansenivå og formelt ansvar. Rekvirering av tjenester naturlig	Flat struktur relatert til likeverdigheten i kompetansebehovet. Rekvirering av tjenester uheldig

Bredland, Linge og Vik, 2011, s. 203

Sørg for at brukeren har mulighet til å forberede seg på treffene med helsevesenet.

Endre fokuset i kartleggingen. Fra "hva feiler det deg? til "hva er viktig for deg?"

Legge tid og omhygge i etablering av relasjonen.
Hvem er vi for hverandre?
Avklare roller og forventninger.



Skap lagfølelse mellom bruker, pårørende og det tverrfaglige teamet.

Evaluere hvert enkelt treff mellom tjenesteytere og bruker.
"Hvordan var dette for deg?"
"Hva har du behov for nå?"

Anerkjenne brukerens kompetanse

Snakke om hva det vil si å jobbe med temaer som vekker sterke følelser. Spørre bruker "hvordan pleier du å gi uttrykk for følelser? Hva forventer du av meg når du gråter eller er sint?

Aktiv lytting, støttende og utforskende kommunikasjon.

Tilstreb at brukeren snakker mer enn deg. Spør om lov før du gir informasjon og råd. Begrens snakketiden din til maks to minutter sammenhengende.

Til neste refleksjonssamling

Forbered et møte hvor du fokuserer på etableringen av relasjonen mellom deg og brukeren. La deg inspire-re av "banken" på forrige side.

